

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
НАПРАВЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Материалы
III Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием*

19 мая 2017 г.
Санкт-Петербург



ИЗДАТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
2017

ББК 56.6
А43

Рецензенты: д-р мед. наук *Н. А. Соколов*,
д-р мед. наук *Д. Ю. Мадай*,
д-р мед. наук *Л. А. Ермолаева*

*Рекомендовано к публикации Учебно-методической комиссией
факультета стоматологии и медицинских технологий
Санкт-Петербургского государственного университета*

Актуальные вопросы профилактики стоматологических за-
А43 болеваний; материалы III Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием. 19 мая 2017 г. Санкт-
Петербург. — СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2017. — 216 с.
ISBN 978-5-288-05725-0

Сборник посвящен вопросам профилактики, ранней диагностики, лечения стоматологических заболеваний и состоит из двух частей:

1 часть включает работы российских и зарубежных ученых и практических врачей, представленные на III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы профилактики стоматологических заболеваний»; 2 часть — это тезисы работ аспирантов, ординаторов, студентов российских и зарубежных стоматологических факультетов и вузов, представленные на конференции в виде постерных докладов.

Адресован студентам стоматологических факультетов, молодым ученым и практическим врачам-стоматологам: терапевтам, хирургам, ортопедом, детским стоматологам и ортодонтам.

ББК 56.6

ISBN 978-5-288-05725-0

© Санкт-Петербургский
государственный университет, 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ЧАСТЬ I

Улитовский С. Б.

РОЛЬ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМАТОЛОГИИ В СТАНОВЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ	11
---	----

Маслак Е. Е., Онищенко Л. Ф., Панченко М. Л., Куркина О. Н.

ПЛАНИРОВАНИЕ И МОНИТОРИНГ ВЫПОЛНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ	13
---	----

Соколович Н. А., Шкрум А. С., Свердлова С. В.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ КОНЦЕПТУАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ В ИССЛЕДОВАНИЯХ СОСТОЯНИЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА	17
---	----

Авраамова О. Г., Хомерики Т. В., Горячева В. В., Западаева С. В.

ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В Г. БАЛАШИХА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ	21
--	----

Казарина Л. Н., Пурсанова А. Е., Гущина О. О., Элларян Л. К., Шамро А.

МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ.....	24
--	----

Наумова В. Н.

ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИК К ЛЕЧЕНИЮ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ВЫПОЛНЕНИЮ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА	29
--	----

Ким А. В., Рубежов А. Л., Колоскова Т. М.

НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ШКОЛЬНИКОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.....	34
--	----

Фурсик Д. И., Фурсик А. И.

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	38
--	----

Мирсалихова Ф. Л.

РАЗВИТИЕ КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	42
--	----

Гуськов А. В., Анвархонова Д. Б., Зиманков Д. А.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НЕСЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ С БОЛЬШИМ ОБЪЕМОМ ПРЕПАРИРОВАНИЯ	48
--	----

Митин Н. Е., Перминов Е. С., Перминова Е. А.

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНЫМИ ПРОТЕЗАМИ	54
---	----

*Курчанинова М. Г., Скворцов Д. В., Баклушин А. Е., Криштон В. В., Хохлова А. А.,
Пухова Л. Д.*

РОЛЬ СТАБИЛОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ КРАНИОМАНДИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	56
---	----

Митин Н. Е., Васильева Т. А., Чекренева Е. Е.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ МЕТОДОВ АНАЛИЗА ОККЛЮЗИОГРАММЫ	59
--	----

Курчанинова М. Г., Хохлова А. А., Пухова Л. Д.

СИНДРОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ	61
--	----

Тихонов В. Э., Митин Н. Е.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ У ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ Г. РЯЗАНИ	65
--	----

Фоменко И. В., Касаткина А. Л., Шишкина В. И.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	69
--	----

Камилов Х. П., Тахирова К. А., Каххарова Д. Ж., Кадырбаева А. А.

ЛДФ-МЕТРИЯ КАК ДОКАЗАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА	72
--	----

Махсумова С. С., Мухамедова М. С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ	76
---	----

Селифанова Е. И., Симонова М. В.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ СИНДРОМЕ ШЕГРЕНА И БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	79
---	----

Юсупалиходжаева С. Х.

МИКРОБИОЦЕНОЗ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ГРИБКОВОМ ПОРАЖЕНИИ И ДИСБИОЗЕ ПОЛОСТИ РТА	82
---	----

Юсупалиходжаева С. Х.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА	85
---	----

Пурсанова А. Е.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «АФС-Д» ДЛЯ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА	86
--	----

Соколович Н. А., Рябиук И. В.

ОЦЕНКА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ В ПОЛОСТИ РТА У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НА НЕСЪЕМНОЙ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ТЕХНИКЕ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	90
---	----

Sergeeva E. S., Ermolaeva L. A.

LOW INTENSITY LASER FOR DENTAL TISSUE DEMINERALISATION	93
--	----

Анастас Н. В., Ермолаева Л. А., Зубарева А. А.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ СЛОЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ	95
---	----

Лукичёв М. М., Ермолаева Л. А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА	99
--	----

Ермолаева Л. А., Шишкин А. Н., Пеньковой Е. А., Шевелева Н. А., Шевелева М. А.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ ОЖИРЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА	103
---	-----

Ахтямов Д. В.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОСТЕОСИНТЕЗА ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	106
--	-----

Зыкин А. Г.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БИОМАРКЁРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОДОМ СЕЛЕКТИВНОЙ ДЕКОНТАМИНАЦИИ КИШЕЧНИКА.....	111
---	-----

Зыкин А. Г., Громов А. Л., Будаев А. П.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ РАННЕЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОДОНТОГЕННОГО СЕПСИСА В УСЛОВИЯХ КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ С ПОМОЩЬЮ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ШКАЛ APACHE-2 SOFA SAPS-2 SIRS	114
---	-----

Зыкина Е. С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ И КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЦЕНТРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ НА ПРИМЕРЕ СПб ГБУЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 15	119
--	-----

Йулдашханова А. С., Хабилов Б. Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНЫХ ПАСТ, СОДЕРЖАЩИХ БРОМЕЛАЙН, ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ БЫСТРОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЗУБНОГО НАЛЁТА.....	123
--	-----

Мирсалихова Ф. Л., Абдиримова Г. И., Ахмедова Г. М.

ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛИЗУЮЩЕГО ПОТЕНЦИАЛА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ НА УРОВЕНЬ КАРИЕСРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ.....	125
---	-----

ЧАСТЬ II

Шайкина К. И., Корецкая А. В., Мамонтова А. М.

ГРУППОВАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	127
---	-----

Полушкина Н. А.¹

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА.....	130
---	-----

<i>Соловьев А. В., Литовкин В. И., Ващенко А. А.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	132
<i>Тавакал А. Г.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА ДЕНТАЛЬНОГО ПЕРЕИМПЛАНТИТА	134
<i>Бычкова Е. В., Козырев М. А.</i>	
МОТИВАЦИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ К РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	136
<i>Плю Д. А.</i>	
РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИ ИСПРАВЛЕНИИ ОШИБОК В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ	138
<i>Кушиева А. О.</i>	
ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ПРОФИЛЬ ИОНИЗИРОВАННОГО КАЛЬЦИЯ В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ	141
<i>Николаева М. О., Смирнова А. А., Реброва А. М.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЗУБНЫХ ПАСТ НА МИКРОБИОТУ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ	143
<i>Молотков А. Н.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПЕНКИ «SPLAT ORAL CARE FOAM 2 IN 1» НА ПАРОДОНТОПАТОГЕННУЮ МИКРОФЛОРУ ПОЛОСТИ РТА	145
<i>Останина Д. А.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПУЛЬПОСОХРАНЯЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО ПУЛЬПИТА	147
<i>Кузнецов Д. Э., Проволукин Н. В., Стальная В. А., Агранович И. С.</i>	
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРУДНОПРОХОДИМЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ.....	148
<i>Заитханов А. А.</i>	
КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	152
<i>Оганесян Д. Ф.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ	154

Мавжудов Ф. Б., Патхитдинов Ж. Ш.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СВЕТОТВЕРЖДАЮЩИХ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ	157
---	-----

Чиркова К. Е., Орешкина Д. А., Деревнина Н. Г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ФИРМЫ «ЦЕЛИТ» ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОДОРОДНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ	159
---	-----

Королева Р. П.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ О ПРАВИЛАХ ПРОВЕДЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА	162
---	-----

Шайдулина В. Р.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА	164
--	-----

Цуркан И. В.

ПАРЕНИЕ: МОДНО, НО НЕ БЕЗОПАСНО	166
---------------------------------------	-----

Сребная Е. А.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНОВИДНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБОВ НА РАННИХ СТАДИЯХ	168
---	-----

Величко Е. А., Митронин А. В., Заблоцкая Н. В.

ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ СКРИНИНГА ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ	171
---	-----

Мулина А. А., Шхагошева А. А.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ В Г. ВОЛЖСКИЙ	173
--	-----

Гудко О. Г., Сартакова В. А., Сафонова А. С.

ПРЕДПОЧТЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ В ВОПРОСАХ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	176
---	-----

Пономаренко М. Г.

АНАЛИЗ КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ	178
--	-----

Боловина А.Д., Зыкина М.А., Иовкова Н.Р.

ПРИМЕНЕНИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ С ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА У ПАЦИЕНТОВ С ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ	180
---	-----

Заблоцкая М.В.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ НАНОИМПРЕГНАЦИИ ДЕНТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ	184
---	-----

Юркевич И. Ю.

ПРОБЛЕМА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА В МАЛЫХ ГОРОДАХ РОССИИ.....	187
--	-----

Никонова А.В., Кашкина А.А., Емелина Е.С., Пылайкина В.В.

РАЗРАБОТКА КОМПАКТНОГО ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА БЕЗОПАСНОГО ДЛЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖКТ.....	189
--	-----

Емелина Е.С., Пылайкина В.В., Никонова А.В., Кашкина А.А.

РАЗРАБОТКА КАПП С РЕТЕНЦИОННЫМИ ПУНКТАМИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА СИСТЕМОЙ ICON	190
--	-----

Рыхва В.

ОБОСНОВАННОСТЬ ВЫБОРА МОНОПУЧКОВОЙ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ В ПЕРИОД ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ.....	191
--	-----

Полякова Т.Н.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА НЕИНВАЗИВНЫХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОГО НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	194
--	-----

Юдин А.В.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТРЕВОЖНОСТИ	197
---	-----

Кардашенко Я.Р., Шиянова А.Д.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА И ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА	198
---	-----

Фаткина Ю. В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АНКЕТИРОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗНАНИЙ О ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ.....	199
--	-----

Скичко Н. С., Пангратян А. А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ДЕНТИНА	200
---	-----

Реброва А. М., Смирнова А. А., Николаева М. О.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ О СОСТАВЕ И СВОЙСТВАХ ЗУБНЫХ ПАСТ	202
---	-----

Сарилова Е. В.

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ МИКРОБИОТЫ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ.....	204
---	-----

Мейстер А. В.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	206
---	-----

Руда О. Р.

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСНОВНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.....	210
--	-----

Козырев М. А., Бычкова Е. В.

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБИОТЫ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ, СОСТОЯНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И ВЫЯВЛЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА РНР У ЛЮДЕЙ С ТИРОИДИТОМ ХАСИМОТО	211
--	-----

ЧАСТЬ I

РОЛЬ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМАТОЛОГИИ В СТАНОВЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

Улитовский С. Б.

Заслуженный врач России, Заслуженный стоматолог СТАР,
д-р мед. наук, профессор

Превентивная или предупредительная стоматология представляет собой основной компонент первичной профилактики. На ее основе проводится профессиональная гигиена полости рта, которая также относится к первичной профилактике. Мы делаем этот акцент умышленно, так как большинство наших специалистов ошибочно относят ее к вторичной профилактике, исключительно на том основании, что она проводится в условиях клиники, а следовательно, как и вся лечебная работа, является вторичной профилактикой. Однако, в соответствии с решением заседания экспертов ВОЗ (Москва, 1977) данная часть работы отнесли к первичной профилактике. Это решение связано с тем, что данная часть стоматологической работы напрямую и непосредственно связана с тем, что должен выполнять непосредственно сам пациент постоянно в домашних условиях и в течение дня, независимо от его местоположения. Данное обстоятельство связано с тем, что ожидать каких либо серьезных денежных вливаний государства в национальные профилактические программы не приходится и единственное на что может рассчитывать население, так это правильно и сбалансированно составленная индивидуальная профилактическая программа с учетом стоматологического и гигиенического статусов конкретного пациента. Они должны понимать, что только данный подход может дать какие то положительные результаты. Больше не на что рассчитывать. В основу таких программ должна быть положена система разработки «Индивидуальных гигиенических программ профилактики стоматологических заболеваний по С. Б. Улитовскому». Особенностью

данной системы является комплексный подход к данной проблеме, который основывается на знании о стоматологическом и гигиеническом статусах конкретного человека, подборе ему конкретных средств оральной гигиены с учетом этих статусов, мониторинг за эффективностью и правильностью внедрения этих программ конкретным индивидуумом и корректировка самих программ в соответствии с этими результатами мониторинга. Разработка Программ и их корректировка, как и сам мониторинг, зависит от статуса пациента, что в совокупности определяет частоту повторных посещений и профилактических циклов. Широкомасштабное внедрение этих программ в повседневную практику стоматологов и гигиенистов стоматологических позволит добиться значительного улучшения стоматологического здоровья нации, а следовательно и всего здоровья в целом. Для этого необходимо использовать наши книги и пособия, такие как: **Практическая гигиена полости рта** (Монография. М.: Изд-во «Новое в стоматологии», 2002. 324 с.); **Индивидуальная гигиена полости рта** (Учебное пособие. М.: МЕДпресс-информ.); **Гигиена полости рта в пародонтологии** (Монография. М.: Изд-во «Медицинская книга», 2006. 267 с.); **Основы гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта** (Учебное пособие. СПб., 2007. 50 с.); **Индивидуальная гигиеническая программа профилактики стоматологических заболеваний** (М.: Изд-во «Медицинская книга», 2003. 292 с.); **Гигиена полости рта в ортодонтии и ортопедической стоматологии** (М.: Изд-во «Медицинская книга», 2003. 220 с.); **Прикладная гигиена полости рта** (М., 2000. 128 с.); **Гигиена полости рта — первичная профилактика стоматологических заболеваний** (М., 1999. 144 с.); **Гигиенический уход при воспаленном пародонте** (Учебное пособие. М.: Изд-во «МЕДпресс-информ», 2008. 288 с.); **Гигиена при зубном протезировании** (Учебное пособие. 2-е изд., исправ. и доп. М.: Изд-во «МЕДпресс-информ», 2009. 112 с.); **Профессиональная гигиеническая программа стоматологического здоровья** (Учебное пособие. СПб., 2011. 132 с.); **Ситуационная гигиена полости рта** (СПб.: Изд-во «Человек», 2013. 596 с.); **Профилактика некариозных поражений зубов** (СПб.: Изд-во «Человек», 2015. 108 с.).

ПЛАНИРОВАНИЕ И МОНИТОРИНГ ВЫПОЛНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Маслак Е.Е., Онищенко Л.Ф., Панченко М.Л., Куркина О.Н.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста
eemaslak@yandex.ru

В 2014 г. Россия вступила в «Альянс за Будущее без Кариеса» (ACFF — Alliance for a Cavity-Free Future), а в 2015 г. первичная профилактика стоматологических заболеваний вошла в государственную Программу «Развитие здравоохранения». Для выполнения поставленных в Программе задач важно планировать регионально ориентированные программы профилактики основных стоматологических заболеваний и, что не менее значимо, отслеживать их выполнение [Пропедевтическая стоматология, 2013]. В связи с этим, актуальной проблемой современной стоматологии становится поиск наиболее эффективных профилактических мероприятий планируемых программ. Не менее важно также и определение критериев для оценки эффективности профилактических программ [Маслак, 1996б].

В связи с этим, **целью** настоящего исследования была систематизация данных о планировании и мониторинге программ профилактики основных стоматологических заболеваний на примере Волгоградской области.

Материалом исследования послужили данные об эпидемиологии стоматологических заболеваний и проведении различных программ профилактики на территории Волгоградской области. Были проанализированы результаты эпидемиологических обследований, проводившихся с 1981 по 2009 г. [Особенности проведения..., 2001; Стоматологическая заболеваемость..., 2009; Эпидемиология..., 1998], данные о программах комплексной стоматологической профилактики [Маслак, 1996а], фторирования молока [The effect of milk..., 2004], школьных образовательных программах [Maslak, Sedova, Lunyova, 2002; The effect of different models..., 2011], программах для детей раннего возраста [Эффективность профилактики..., 2012], результатах профилактической работы школьных стоматологических кабинетов [School dentistry need..., 2001]. Полученные данные были обработаны методами компаративного анализа.

Результаты исследования. Перед планированием стоматологических программ профилактики необходимо проводить ситуационный анализ, включающий изучение эпидемиологической и демографической ситуации, распространенности факторов риска основных стоматологических заболеваний, оценку материально-технической и кадровой обеспеченности стоматологической службы, возможностей взаимодействия с органами образования, педиатрической службой и др. Результаты эпидемиологических исследований показали, что в Волгоградской области наблюдается тенденция к снижению распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний, которая усиливается в периоды интенсивного проведения профилактических программ. Так, проведение в 1986–1996 гг. комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний способствовало существенному ($p < 0,01$) улучшению у детей состояния постоянных зубов и тканей пародонта [Маслак, 1996а; Особенности проведения..., 2001]. Распространенность кариеса постоянных зубов снизилась у 6-летних детей с 41,3 % до 13,8 %, 12-летних — с 90,0 % до 72,4 %, 15-летних — с 95,0 % до 85,8 %; интенсивность по КПУ: у 6-летних — с $0,8 \pm 0,1$ до $0,2 \pm 0,1$, у 12-летних — с $3,2 \pm 0,2$ до $2,4 \pm 0,1$, у 15-летних — $5,9 \pm 0,2$ до $4,1 \pm 0,2$. Редукция интенсивности кариеса постоянных зубов составила 76 %, 26 % и 30 % соответственно. У детей увеличилось ($p < 0,01$) количество здоровых секстантов пародонта: у 6-летних — с $2,8 \pm 0,1$ до $3,4 \pm 0,1$, у 12-летних — с $1,1 \pm 0,2$ до $2,3 \pm 0,2$, у 15-летних — с $1,6 \pm 0,2$ до $1,9 \pm 0,1$. Однако в эти же годы было зарегистрировано снижение охвата стоматологической помощью детей раннего и дошкольного возрастов, что отразилось на состоянии стоматологического статуса. С 1991 по 1996 г. распространенность кариеса молочных зубов увеличилась у 3-летних с 36,3 % до 70,3 %, 6-летних — с 91,1 % до 92,4 %; интенсивность поражения зубов по КПУ — с $1,7 \pm 0,2$ до $3,9 \pm 0,2$ и с $5,8 \pm 0,2$ до $6,2 \pm 0,3$ соответственно. Полученные данные показали необходимость проведения специальных кариеспрофилактических программ для детей раннего и дошкольного возрастов.

С 1997 г. в школах города и области проводилась программа «Ослепительная улыбка на всю жизнь» для детей 1–3 классов. После проведения программы у 9-летних детей, по сравнению с теми, кто не участвовал в программе, снизилась распространенность воспалительных заболеваний пародонта и кариеса постоянных зубов (в 1,7 и 1,4 раза соответственно), уменьшилась интенсивность кариеса по КПУ (в 1,8 раза), улучшилось гигиеническое состояние рта (в 3,1 раза)

[Маслак, Лунева, 2002]. Однако охват детей программой в последующие годы неуклонно снижался, отдаленные результаты показали снижение её эффективности [Лунева, Маслак, 2007].

В 1998–2003 гг. проводилась программа фторирования молока для дошкольников 3–6 лет. В результате, у детей трех районов города, которые участвовали в программе, снизилась пораженность зубов кариесом. У 6-летних детей снизилась распространенность кариеса молочных зубов до 84,2 %, постоянных зубов — до 1,5 %, интенсивность кариеса по кпу — до $4,70 \pm 0,3$, по КПУ — до $0,04 \pm 0,03$. Редукция интенсивности кариеса составила 24,2 % для молочных и 76,5 % для постоянных зубов [The effect of milk..., 2004]. Однако программа была прекращена в связи с закрытием фабрики, производившей фторированное молоко.

Программа «Родовой сертификат» проводилась с 2007 г. для детей в возрасте 9–12 месяцев. В результате ее проведения у детей к трехлетнему возрасту, по сравнению с детьми, не участвовавшими в программе, отмечалось более частое применение фторидных зубных паст (69,8 % и 44,6 % соответственно), меньшая частота обнаружения зубного налета (20,9 % и 67,7 % соответственно), меньшая распространенность кариеса зубов (7,0 % и 24,6 % соответственно), редукция распространенности кариеса зубов составила 71,5 % [Oral health..., 2012].

По данным эпидемиологического обследования населения в 2009 г. у детей ключевых возрастных групп отмечалось повышение показателей распространенности и интенсивности кариеса зубов [Стоматологическая заболеваемость..., 2009], а результаты исследований показали кризисное состояние службы детской стоматологии и необходимость перемен [Маслак, Лунева, Коломыткина, 2004; Маслак, Лунева, Ставская, 2007].

В 2008–2009 гг. было проведено переоснащение школьной стоматологической службы, закуплено современное оборудование, школьные стоматологические кабинеты (ШСК) приведены в соответствие с санитарными нормами и правилами [Стоматологическая помощь..., 2011]. В настоящее время в области работают 177 ШСК, в которых, в рамках ОМС, проводятся профилактические осмотры детей, гигиеническое обучение и воспитание, профессиональная чистка зубов, герметизация фиссур и ямок зубов, покрытие зубов фторидными препаратами. Применяются материалы отечественного производства. Оценка результатов работы ШСК показала, что у детей в возрасте 15 лет интенсивность и прирост кариеса, по КПУ, составляли

2,81±0,03 и 0,11±0,01 соответственно. На одного ребенка, в среднем, приходилось 7 зубов с герметизированными фиссурами.

Заключение. Проведенный анализ показал, что в Волгоградской области на протяжении многих лет проводились различные программы профилактики, каждая из которых демонстрировала хорошие результаты. Однако для выбора мероприятий, позволяющих оптимизировать программу, необходима экономическая оценка, которая позволит провести моделирование региональной программы с точки зрения баланса её стоимости и эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

- Лунева Н. А., Маслак Е. Е. Отдаленные результаты проведения образовательной стоматологической программы для школьников младших классов // Стоматология детского возраста и профилактика. 2007. № 4. С. 59–62.
- Маслак Е. Е., Лунева Н. А. Результаты проведения образовательной стоматологической программы для школьников г. Волгограда // Стоматология детского возраста и профилактика. 2002. № 3–4. С. 42–44.
- Маслак Е. Е. Динамика показателей стоматологической помощи детскому населению Волгограда в 1989–1995 года // Актуальные вопросы стоматологии: сб. научных трудов Волгоградской медицинской академии. Волгоград, 1996. С. 6–10.
- Маслак Е. Е. Экспертиза качества работы стоматологов с использованием информационной системы // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 1996. № 2. С. 120–124.
- Маслак Е. Е., Лунева Н. А., Коломыткина О. В. Причины углубления кризиса школьной стоматологии в современном обществе // Социология медицины — реформе здравоохранения: материалы первой всероссийской научно-практической конференции. Волгоград, 2004. С. 287–292.
- Маслак Е. Е., Лунева Н. А., Ставская С. В., Коломыткина О. В. Достижения и проблемы школьной стоматологической службы // Материалы XVII и XVIII Всероссийских научно-практических конференций и I Общеευропейского стоматологического конгресса. М., 2007. С. 201–203.
- Особенности проведения эпидемиологических исследований в крупном промышленном городе / Е. Е. Маслак, А. В. Алимский, Е. П. Ворониная др. // Вестник Волгоградской медицинской академии. № 7. Волгоград, 2001. С. 191–193.
- Пропедевтическая стоматология: учебник / Э. С. Каливрадзян [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 352 с.
- Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании / под ред. Э. М. Кузьминой. М.: МГМСУ, 2009. 236 с.
- Стоматологическая помощь школьникам Волгограда / Е. Е. Маслак, В. В. Шкарин, С. В. Ставская и др. // Стоматология детского возраста и профилактика. 2011. № 2. С. 51–56.

- Эпидемиология стоматологических заболеваний у детского населения Волгограда / Е.Е. Маслак, Т.Г. Хмызова, Е.П. Воронина, Л.С. Литовкина // Вестник Волгоградской медицинской академии. № 4. Волгоград, 1998. С. 161–163.
- Эффективность профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста в процессе реализации программы «Родовой сертификат» / Е.Е. Маслак, М.Л. Яновская, А.С. Родионова, Н.К. Исмаилова // Dental Forum. 2012. № 5. С. 95–96.
- Maslak E., Sedova N., Lunyova N. A. Results of the educational programme in oral health for Volgograd primary schoolchildren // Caries Research. 2002. Vol. 36, № 3. P. 205.
- Oral health and oral hygiene in 24–30-month-children in Volgograd in connection with participation in Dental Health Program / A. Rodionova, E. Maslak, V. Shkarin, et al. // 5th international meeting on methodological issues in oral health research. April 10–14, 2012, Graz, Austria. ABSTRACTBOOK. Austrian Society for Dentistry Task Force of Dental Public Health, 2012. P. 48.
- School dentistry need and results of dental care for schoolchildren in Volgograd / E. E. Maslak, V. V. Shkarin, E. V. Romanchuk, N. A. Lunyova // Annali di Stomatologia. 2011. Vol. II, Suppl. N 1/2. P. 12.
- The effect of different models of oral health educational programs on adolescents / N. Lunyova, E. Maslak, S. Derevyanchenko, et al. // Int. J. Paediatr Dent. 2011. Vol. 21, N 1. P. 147.
- The effect of milk fluoridation project in Volgograd / E. Maslak, T. Khmysova, I. Afonina, et al. // Caries Research. 2004. Vol. 38, N 4. P. 377.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ КОНЦЕПТУАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ В ИССЛЕДОВАНИЯХ СОСТОЯНИЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Соколович Н.А., Шкрум А.С., Свердлова С.В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный университет», кафедра стоматологии
pozitivka3333@mail.ru

В настоящее время существуют значительные различия в моделях организации профилактической помощи населению, что проявляется не только на национальном, но и на региональном уровне во многих государствах. Исходя из сложившихся на той или иной территории медицинских, правовых и социальных особенностей и возможностей, специалисты пытаются разными способами решить основную задачу профилактики — обеспечить устойчивое улучшение состояния гигиены полости рта пациентов и сократить количество стоматологических заболеваний, приходящихся на условное количество жителей. Необ-

ходимость обобщения данного опыта обуславливает актуальность представленной работы.

Основные направления теоретических разработок можно представить следующим образом:

- 1) повышение уровня доступности профилактической помощи для населения;
- 2) изменение программ подготовки специалистов-гигиенистов;
- 3) применение в практике гигиенических приемов методов социально-психологического анализа;
- 4) внедрение в работу врача-стоматолога компьютерных и Интернет-технологий;
- 5) обеспечение регулярного обновления государственных программ в сфере гигиены полости рта на основании обратной связи с пациентами.

Несмотря на кажущуюся обособленность данных проблем, они непосредственным образом взаимосвязаны. По данным существующих исследований, даже в развитых странах более трети детей до 11 лет никогда не были у стоматолога [Mertz, Glassman, 2011] (особенно это касается бедных слоев населения) в связи с высокой стоимостью стоматологических услуг. Поэтому задача распространения профилактических мероприятий на более широкие слои населения, по мнению некоторых авторов, может быть решена путем изменения модели организации профилактической помощи (как это сделано в ряде американских штатов [Dental Hygiene Diagnosis, 2010] и Канаде [Dental Hygiene at a Crossroads, 2009]), что позволит, с одной стороны, удешевить доступ к программам профилактики небогатых граждан, а с другой — снимет со стоматологов нагрузку по оказанию соответствующих услуг.

При этом в программы подготовки гигиенистов или стоматологов-гигиенистов (в зависимости от применяемой модели) должны быть включены занятия, направленные на овладение навыками теорий социально-психологического анализа для формирования более эффективного плана профилактических мероприятий и повышения уровня мотивации (ответственности) пациентов в деле улучшения состояния гигиены полости рта (и поддержании его на достаточно высоком уровне). К подобного рода теориям могут быть отнесены [Jonsson, 2010, p. 19–25]:

- социально-когнитивная теория (анализ трех групп факторов, определяющих ответственность пациента: личностные харак-

теристики (самоэффективность, способность анализировать поведение, склонность к наблюдению за другими), окружение: семья, друзья, посещаемые места, доступность товаров), поведенческие особенности (склонность к определенным действиям в конкретной ситуации);

- теория обоснованного действия (поведение, в том числе в области гигиены полости рта, определяется личным отношением к проблеме, субъективными особенностями и осуществляемым контролем в различной форме со стороны членов семьи, друзей, коллег, общества);
- теория «подстраивания» (построение плана общения/лечения в соответствии с психологическими особенностями пациента).

Эффективность использования подобных технологий по сравнению со стандартным унифицированным алгоритмом приема представляется очевидной, однако входит в некоторое противоречие с идеей временного ограничения каждой профилактической процедуры, разделяемой рядом исследователей. Они основывают свою точку зрения на том, что разовое занятие по профилактике состояния гигиены полости рта со стоматологом или специалистом-гигиенистом, в какой форме оно бы не проходило, практически не оказывает никакого влияния на отношение пациента к проблеме (особенно это касается детей и подростков), необходимо не менее трех занятий, а также дальнейшие профилактические осмотры на регулярной основе. В этом контексте мы снова возвращаемся к вопросу создания условий, способствующих доступу максимально широких слоев населения к профилактической помощи (и, соответственно, ее стоимости для пациентов). Фактически, мы сталкиваемся с необходимостью определения оптимального баланса между качеством гигиенических услуг и их доступностью для населения. Отдельной составляющей дискуссии является применение психологических приемов, направленных на достижение конкретных показателей улучшения состояния гигиены полости рта в ограниченный промежуток времени (если формы материального поощрения (в первую очередь, детей и подростков) в зависимости от достигнутого результата не имеют никакой практической ценности [Ferrazzano et al., 2008], то выдача на приеме средств гигиены [Damianova, Panov, Angelova, 2015] (например, фторсодержащей зубной пасты) может способствовать реальному улучшению состояния пациента).

В стандартах работы специалистов-гигиенистов, разработанных соответствующими ассоциациями некоторых стран, особый акцент делается на задаче внедрения в профилактическую практику компьютерных и интернет-технологий [CDHA Code, 2012]. Ее важность объясняется несколькими факторами: во-первых, профилактические занятия, включающие мультимедийное сопровождение (в том числе видео, тематические мультфильмы и т.д.), обладают большим коэффициентом полезного действия по сравнению с обычной лекцией или диалогом; во-вторых, перенесение коммуникации между врачом (гигиенистом) и пациентом в облачные сервисы посредством различного рода видеоконференций, онлайн тестов позволяет повысить уровень мотивации у подростков, которые находятся в группе риска развития заболеваний зубов и десен. Отдельного внимания требует также проблема создания общей стоматологической компьютерной базы данных пациентов, доступной специалистам в национальном масштабе, в которую также включаются сведения о профилактических осмотрах, проведенных мероприятиях и т.д. Конечно, в этом случае возникает вопрос о конфиденциальности личных данных пациентов, однако он может быть решен с помощью тех или иных правовых механизмов.

Все перечисленные вопросы в совокупности составляют повестку государственных стратегий в сфере гигиены полости рта, которые должны отражать существующее положение дел и определять методологические и технологические основы его улучшения. Данные программы должны регулярно модернизироваться на основании сведений о самооценке гражданами состояния гигиены полости рта, преобладающих в обществе привычках, уровне качества жизни, типов социального взаимодействия, а также обработке клинических данных, которые должны систематически собираться на регулярной основе путем проведения соответствующих опросов населения (которые могут быть организованы с помощью тех или иных механизмов обратной связи). Однако, согласно отчетам Всемирной организации здравоохранения [Oral Health Surveys, 2013], подобные опросы не проводятся на регулярной основе в подавляющем большинстве государств мира, что является причиной несоответствия потребностей населения и государственных профилактических программ.

ЛИТЕРАТУРА

CDHA Code of Ethics: Final Report. May 2012.

- Damianova D., Panov V., Angelova S.* Improvement of Oral Hygiene Status in Children Influenced by Motivation Programs // Journal of IMAB. 2015. Vol. 21, Issue 3.
- Dental Hygiene at a Crossroads: Knowledge Creation and Capacity Building in 21st Century / A Report on research in the field of Dental Hygiene in Canada // CDHA. 10 June 2009.
- Dental Hygiene Diagnosis: An American Dental Hygienists' Association Position Paper // ADHA. March 2010.
- Ferrazzano G., Cantile T., Sangianantoni G., Ingenito A.* Effectiveness of a motivation method on the oral hygiene of children // European Journal of Paediatric Dentistry. 2008. Vol. 9/4.
- Jonsson B.* Behavioural Medicine Perspectives for Change and Prediction of Oral Hygiene Behaviour. Development and Evaluation of an Individually Tailored Oral Health Program. Uppsala University, 2010.
- Mertz E., Glassman P.* Alternative Practice Dental Hygiene in California: Past, Present, and Future // J. Calif Dent Assoc. 2011 Jan. Vol. 39(1). P. 37–46.
- Oral Health Surveys. Basic Methods. 5th ed. World Health Organization. 2013.

ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В Г. БАЛАШИХА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Авраамова О.Г.¹, Хомерики Т.В.², Горячева В.В.¹, Западаева С.В.²

¹ Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии;

² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова
tako_khomeriki@yahoo.com

Кариес зубов и болезни пародонта являются основной проблемой в стоматологии [Авраамова и др., 2014; Леонтьев, 2010]. Несмотря на определённые успехи, достигнутые в течение последних десятилетий в профилактике стоматологических заболеваний во многих странах, уровень интенсивности и распространённости стоматологических заболеваний в России остаются достаточно высокими во всех возрастных группах. Как показывает отечественный и зарубежный опыт существенного снижения стоматологической заболеваемости можно добиться только путем разработки и внедрения программ профилактики с учетом эпидемиологических данных, климатогеографических особенностей и демографических факторов [Авраамова и др., 2014; Леус, 2015; Федеральная государственная программа..., 2011; Fuller

et al., 2014; Petersen, Ogawa, 2016]. Все эти сведения необходимы для проведения ситуационного анализа при планировании региональных программ профилактики. К сожалению, подобные исследования далеко не всегда проводятся в нашей стране [Вагнер и др., 2015]. Московская область (МО) представляет собой один из крупнейших мегаполисов России с разнообразными природными и промышленными условиями. Содержание фторида в питьевой воде колеблется от очень низкого до очень высокого. Этот показатель является одним из важнейших при планировании и внедрении программ профилактики стоматологических заболеваний. Вместе с тем в регионе никогда не планировались и не внедрялись научно обоснованные программы профилактики стоматологических заболеваний, основанные на анализе местных природных особенностей, социальных факторов и кадровых возможностей.

Все это подтверждает актуальность проведения исследования по сбору данных, необходимых для разработки и внедрения регионально ориентированной программы профилактики стоматологических заболеваний для населения МО.

Цель исследования — определить уровень стоматологической заболеваемости у детей школьного возраста г. Балашиха (МО) в зависимости от концентрации фторида в питьевой воде для разработки и внедрения программы профилактики стоматологических заболеваний.

Материалы и методы. Проводилось эпидемиологическое обследование школьников 6–7 лет (113 чел.) и 12 лет (104 чел.) из двух школ (I — МАОУ «Земская гимназия», II — средняя общеобразовательная школа №25) в г. Балашиха МО с использованием индексов КПУ, СРІ (ВОЗ, 1982), ИГР-У. Определялись распространенность флюороза, зубочелюстных аномалий. Были взяты пробы питьевой воды из источников, снабжающих обследованные школы для определения концентрации фторида.

Результаты исследования. По данным обследования показатели распространенности кариеса у 6–7-летних детей в двух школах варьировались от 11,9% до 28,3%, интенсивность кариеса по индексу КПУ составила от $0,22 \pm 0,05$ до $0,43 \pm 0,13$. Необходимо отметить, что в школе с более высокими показателями распространенности и интенсивности кариеса, большее количество детей не являются коренными жителями (т. е. они приехали из других регионов). У 12-летних детей, обучающихся в двух школах, отмечались примерно одинаковые по-

казатели как распространенности кариеса (56,3% и 62,8%), так и интенсивности кариеса зубов (КПУ — $1,81 \pm 0,59$ и $1,85 \pm 0,21$). Подробные данные о стоматологической заболеваемости у обследуемых отражены в таблице.

Школа/ возраст	Интенсивность кариеса КПУ	Распространенность кариеса, %	Распространенность флюороза, %	СРІ		ИГР-у	Распространенность зубочелюстно-лицевых аномалий, %
				% детей с заболеваниями пародонта	Интенсивность заболеваний пародонта (СКС)		
I / 6–7 лет	$0,43 \pm 0,13$	28,2	60,9	60,9	0,89	$0,62 \pm 0,04$	39,1
I / 12 лет	$1,85 \pm 0,21$	62,8	41	44,9	1,14	$0,64 \pm 0,04$	26,9
II / 6–7 лет	$0,22 \pm 0,05$	11,9	68,7	68,7	0,72	$0,43 \pm 0,04$	11,9
II / 12 лет	$1,81 \pm 0,59$	56,3	43,8	16	2,4	$0,64 \pm 0,11$	12,5

Полученные данные диктуют необходимость проведения расширенного эпидемиологического обследования населения всех ключевых возрастных групп в г. Балашиха для разработки регионально ориентированной программы профилактики стоматологических заболеваний для населения города. Для внедрения на территории МО программ профилактики необходимо проведение ситуационного анализа во всех районах с низкой и оптимальной концентрацией фторида в питьевой воде.

ЛИТЕРАТУРА

- Авраамова О. Г., Колесник А. Г., Кулаженко Т. В., Западаева С. В., Шевченко С. С. Эффективность реализации профилактического направления в системе школьной стоматологии: медицинские, социальные и экономические аспекты в новых условиях // Стоматология. 2014. № 3. С. 53–57.
- Вагнер В. Д., Авраамова О. Г., Саран Л. Р., Шевченко О. В., Дмитрива А. Г. Законодательное и нормативное правовое обеспечение профилактической деятельности // Институт стоматологии. 2015. № 66. С. 23–25.
- Леонтьев В. К. Кариес зубов — болезнь цивилизации // Биосфера. 2010. Т. 2, № 3. С. 392–396.
- Леус П. А. Отдаленные результаты медицинской эффективности коммунальных программ профилактики кариеса зубов // Стоматолог. Минск. 2015. № 2 (13). С. 8–14.

- Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России. М., 2011. 51 с.
- Fuller L. A., Stull S. C., Darby M. L., Tolle S. L. Oral health promotion: knowledge, confidence, and practices in preventing early-severe childhood caries of Virginia WIC program personnel // J. Dent. Hyg. 2014. Vol. 88 (2). P. 130–140.
- Petersen P. E., Ogawa H. Prevention of dental caries through the use of fluoride-the WHO approach // Community Dent Health. 2016. Vol. 33 (2). P. 66–68.

МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

*Казарина Л. Н., Пурсанова А. Е., Гущина О. О.,
Элларян Л. К., Шамро А.*

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра пропедевтической стоматологии
pursanova@mail.ru

Введение. В настоящее время актуальным является изучение стоматологической заболеваемости студентов. Этот контингент заслуживает пристального внимания со стороны стоматологов в связи с его многочисленностью и необходимостью определения потребности в различных видах стоматологической помощи [Михайлова, 2006; Казарина и др., 2012; Зелинский, Киселев, 2014; Sanadhya et al., 2014]. В свою очередь, большая часть работ посвящена изучению стоматологического статуса студентов и недостаточно на наш взгляд исследований, касающихся его динамики. В связи с этим, целью нашей работы явилась сравнительная оценка стоматологического статуса студентов стоматологического факультета за пятилетний период.

Материалы и методы. На базе кафедры пропедевтической стоматологии НижГМА в 2010 г. проведено обследование 95 студентов 2-го курса стоматологического факультета, из них 67 девушки (70 %) и 28 юношей (30 %). В 2015 г. обследована новая группа студентов также 2-го курса стоматологического факультета в количестве 107 человек, из них 77 девушек (72 %) и 30 юношей (28 %) также в возрасте 19–23 лет, которая поставлена на диспансерное наблюдение.

На первом этапе проводилось анкетирование студентов по разработанной нами анкете по основным вопросам гигиены полости рта.

Следующий этап включал клиническое обследование с определением распространенности и интенсивности *кариеса* (КПУ), уровня *гигиены* полости рта по индексу Green J. C., Vermillion J. R. (1964), воспалительных явлений в тканях пародонта — по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу (РМА) и показателю кровоточивости по ВОЗ. Кроме того для выявления очаговой деминерализации проводилось витальное окрашивание эмали 2 % раствором метиленового синего.

Результаты исследования обработаны статистически с использованием компьютерной программы Statistica 6.0, при оценке статистической значимости использовался критерий Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам социологического опроса установлено, что большинство *студентов* 2 курса чистят зубы регулярно дважды в день. Так, в 2010 г. это было 85,6 % опрошенных и в 2015 г. — 77,3 % респондентов. На гигиенический уход за полостью рта в 2010 г. студенты тратили чаще 3 минуты — 47,4 %, 1 минуту — 37,1 %, менее 1 мин — 1,1 % и более 3-х минут — 14,4 %. Спустя 5 лет большая часть второкурсников чистят зубы около 1 минуты — 50,3 %, 3 минуты — 32,2 %, менее 1 минуты — 4,5 %, более 3-х минут — 13 %.

На вопрос «Какие движения зубной щеткой преобладают?» в 2010 г. студенты ответили следующим образом: горизонтальные — 23,3 %, вертикальные — 19,4 %, круговые — 34,1 %, выметающие — 17,8 %, не обращали внимание на тип движений 5,4 % опрошенных. В 2015 году мы получили следующие результаты: горизонтальные движения при чистке зубов являются преобладающими у 33,2 % студентов, вертикальные — у 12,6 %, круговые — у 22,7 %, выметающие — у 19,5 % и затруднились ответить 12 %.

Методикой чистки зубов родителями были обучены 54,6 % молодежи, опрошенной в 2010 году и 45,5 % — в 2015г.; врачом-стоматологом — 34,3 % и 42,8 % соответственно, остальные опрошенные научились чистить зубы сами.

На вопрос о выборе производителя зубной пасты в 2010 г. мы получили следующие ответы: большинство ребят отдавали свое предпочтение Colgate — 52,9 %, R.O.C.S. — 14,1 %, Elmex — 4,1 %, President — 1,6 %, Lacalut — 14,3 %, другим производителям — 11,4 %. Спустя 5 лет отмечена смена лидеров, так зубными пастами R.O.C.S. стали пользоваться в три раза больше — 44,1 % *студентов*, применение паст Colgate снизилось в 2,2 раза — 22,9 %, практически не изменилось количество пользователей паст President — 5,6 % и Lacalut — 10,3 %. 10,3 %

студентов стали чистить зубы пастами SPLAT и 6,8 % опрошенных применяют пасты других производителей.

На аналогичный вопрос о зубных щетках пять лет назад половина студентов 2-го курса отвечали: пользовались Colgate — 50 %, Reach — 42,1 %, Oral B — 2,6 %, другие — 5,3 %. В 2015 г. отмечена смена приоритетов в выборе основных предметов *гигиены*, так примерно равное количество респондентов постоянно пользуются зубными щетками Colgate — 23,4 %, Oral B — 25,4 %, R.O.C.S. — 24,1 %, появились новые пользователи Cura Prox (12,1 %) и President (5,3 %) и 9,7 % опрошенных используют щетки других производителей.

При анализе использования дополнительных предметов *гигиены* выявлено, что 5 лет назад *студенты* чаще использовали зубочистки (48,2 %) и зубную нить — 36,6 %, 0,9 % респондентов применяли ирригаторы и 14,3 % не пользовались ничем, кроме зубной щетки. В 2015 г. почти треть *студентов* (28,2 %) ответили, что знает о существовании дополнительных предметов гигиены, но не использует их. Лидерами среди дополнительных предметов стали флоссы, ими регулярно пользуется 31,3 % студентов, зубочистками студенты стали применять значительно реже (23,4 %). Нами выявлена новая группа пользователей зубных ершиков (15,1 %), это студенты, имеющие несъемные ортодонтические конструкции. По-прежнему менее популярным оказался ирригатор, его применяют лишь 2 % респондентов по причине высокой стоимости.

Из дополнительных средств гигиены пять лет назад *студенты* чаще выбирали ополаскиватели (68,1 %), также применяли эликсиры (1,1 %) и зубные порошки (5,5 %) и четверть (25,3 %) опрошенных не применяла их. В 2015 году студенты менее активно применяли ополаскиватели, ими пользовалось менее половины опрошенных (43,6 %). По сравнению с 2010 годом мы выявили новую группу пользователей пенок, гелей и муссов (15,1 %), которые мотивировали их применение дополнительным укреплением эмали зубов и рекомендациями стоматолога-ортодонта и врача-гигиениста.

В результате опроса выявлено, что около половины *студентов* являлись иногородними, так место жительства сменили в 2010 г. 46 % ребят и 2015 г. — 48 % опрошенных, что является одним из факторов снижения как общей, так и местной резистентности.

При анализе соматической патологии на первом месте зарегистрированы заболевания желудочно-кишечного тракта, их отметили 11,7 % девушек и 3,2 % юношей в 2010 г.; спустя 5 лет по данным анамнеза

отмечен рост гастродуоденальной патологии у *студентов* и выявлен у 19,6 % — у девушек и 20,1 % — у юношей. На втором месте оказались заболевания верхних дыхательных путей, на третьем — аллергические заболевания (риниты, поллинозы, крапивница) и сосудистые нарушения.

Из вредных привычек в 2010 г. курение сигарет отмечено у 13,7 % молодых людей, причем девушки курили больше на 7,37 %, чем юноши. В 2015 г. выявлен рост числа курящих, примерно 45,3 % студентов периодически или постоянно курят кальян, из них только 11,6 % курят сигареты. Обращает на себя внимание тот факт, что девушки в настоящее время курят больше, чем юноши.

При стоматологическом осмотре *студентов* в 2010 г. скученность зубов и аномалии прикуса выявлены у 13,7 % девушек и 8,4 % юношей, в 2015 г. — у 18,4 % девушек и 12,3 % юношей.

Распространенность *кариеса* в 2010 г. среди студентов 2 курса стоматологического факультета составила 100 %, в 2015 г. — 95,2 %, лишь 1(4,8 %) студент из 105 обследованных имел интактные зубные ряды.

В 2010 г. средняя величина КПУ(з) у девушек составила $8,66 \pm 0,5$, а у юношей — $7,79 \pm 0,6$, что характеризует высокую интенсивность кариозного поражения. В свою очередь, КПУ(п) у девушек равнялся $11,2 \pm 0,80$, у юношей — $9,9 \pm 1,01$.

В 2015 г. КПУ(з) у девушек был больше, чем у юношей и по сравнению с предыдущим сроком наблюдения и составил $9,49 \pm 0,23$ и $7,67 \pm 0,32$ соответственно. КПУ (п) у девушек равнялось $12,33 \pm 1,02$ и $9,14 \pm 0,02$ у юношей (см. табл.).

Динамика показателей стоматологического здоровья студентов

Показатели	Юноши		Девушки	
	2010 г.	2015 г.	2010 г.	2015 г.
КПУ(з)	$7,79 \pm 0,60$	$7,67 \pm 0,32$	$8,66 \pm 0,50$	$9,49 \pm 0,23^*, **$
КПУ(п)	$9,9 \pm 1,01$	$9,14 \pm 0,02$	$11,2 \pm 0,80$	$12,33 \pm 1,02^*, **$
УИГР, баллы	$1,1 \pm 0,02$	$1,17 \pm 0,07$	$1,85 \pm 0,02^{**}$	$2,27 \pm 0,02^*, **$
РМА, %	$12,57 \pm 2,53$	$17,35 \pm 0,08^*$	$10,81 \pm 1,37$	$19,41 \pm 0,04^*, **$
Кровоточивость, %	$12,4 \pm 0,03$	$19,8 \pm 0,02^*$	$15,3 \pm 0,03$	$21,8 \pm 0,02^*, **$

Примечание. $p^* \leq 0,05$ — достоверность при внутригрупповом сравнении; $p^{**} \leq 0,05$ — достоверность при межгрупповом сравнении.

Уровень *гигиены* среди студентов 2 курса в 2010 г. характеризовался как удовлетворительный, УИГР у девушек составил $1,85 \pm 0,02$ балла, у юношей — $1,1 \pm 0,02$ балла. Спустя пятилетний период у данной категории обследованных выявлено значительное ухудшение гигиенического состояния полости рта, уровень *гигиены* интерпретировался как плохой, что, по-видимому, связано с нерегулярной и некачественной *гигиеной* полости рта и ростом вредных привычек. Так, у девушек индекс Грин-Вермиллиона в 2015 г. составил $2,27 \pm 0,02$ балла, у юношей он был достоверно ниже и равнялся $1,17 \pm 0,07$ балла (см. табл.).

При анализе показателей воспалительных явлений в пародонте у студентов в 2010 году индекс РМА у девушек был $10,81 \pm 1,37$ %, у юношей — $12,57 \pm 2,53$ %. В структуре заболеваемости преобладал хронический катаральный гингивит. Кровоточивость десен была выявлена у $12,4 \pm 0,03$ % юношей и $15,3 \pm 0,03$ % девушек (см. табл.).

В 2015 г. отмечен рост начальных воспалительных изменений в пародонте у студентов 2 курса по сравнению с предыдущим сроком обследования, так показатель РМА у девушек был достоверно выше и составил $19,41 \pm 0,04$ % и у юношей — $17,35 \pm 0,08$ %. Кровоточивость десен была выявлена у $19,8 \pm 0,02$ % юношей и $21,8 \pm 0,02$ % девушек (см. табл.).

Кроме того, при последнем исследовании зарегистрирована высокая распространенность очаговой деминерализации эмали зубов, которая локализовалась чаще всего в пришеечной области зубов. Среди девушек она выявлена у 40,7 % и среди юношей — у 32,8 % осмотренных, что указывает на необходимость проведения соответствующих лечебно-профилактических мероприятий.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного мониторинга *стоматологического статуса студентов* одной возрастной группы с разницей в пятилетний период выявлено ухудшение уровня *гигиены* полости рта, тенденция к росту показателя КПУ и РМА, наиболее выраженное у лиц женского пола. По нашему мнению, это может быть связано с нерегулярной индивидуальной *гигиеной* полости рта, недостаточной осведомленностью о дополнительных предметах и средствах *гигиены*, ростом числа вредных привычек, низкой мотивацией к здоровому образу жизни среди студенческой молодежи.

Следовательно, становится очевидным необходимость разработки, внедрения и контроля комплексной программы профилактики в студенческой среде, включающей пропаганду здорового образа жизни, борьбу с вредными привычками, рациональное питание, санацию полости рта, проведение профессиональной *гигиены*, обучение рацио-

нальной индивидуальной гигиене полости рта, а также диспансерное наблюдение.

ЛИТЕРАТУРА

- Зелинский М. В. Киселев С. Н.* К вопросу о состоянии стоматологического здоровья и путях оптимизации стоматологической помощи студентам средне-специальных и высших учебных заведений железнодорожного транспорта // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2014. № 1.
- Казарина Л. Н., Вдовина Л. В., Пурсанова А. Е., Элларян Л. К., Чуваркова И. М.* Оценка стоматологического статуса у студентов 2-го и 3-го курсов стоматологического факультета Нижегородской государственной медицинской академии // Стоматология детского возраста и профилактика. 2012. № 2. С. 54–58.
- Михайлова М. А.* Социологические методы изучения взаимосвязи стоматологического и общего здоровья студентов вузов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2006. 23 с.
- Sanadhya Y. K., Thakkar J. P., Divakar D. D. et al.* Effectiveness of oral health education on knowledge, attitude, practices and oral hygiene status among 12–15-year-old schoolchildren of fishermen of Kutch district, Gujarat, India // Int. Marit. Health. 2014.

ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИК К ЛЕЧЕНИЮ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ВЫПОЛНЕНИЮ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Наумова В. Н.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
Vika@as.ru

Аспекты взаимосвязи соматических и стоматологических заболеваний носят многогранный характер [Михальченко и др., 2013; Решетников и др., 2007]. С одной стороны, возникновение и течение заболеваний органов и тканей полости рта зависит от тяжести общих заболеваний. С другой стороны, существует доказательная база, свидетельствующая о негативном влиянии стоматологических заболеваний на течение соматической патологии [Bilal Abdul Qayum Mirza et al., 2010; Naumova et al., 2014; Haynes, Stanford, 2003]. Врачей-стоматологов

можно было бы привлекать к выявлению и ранней диагностике соматических заболеваний, поскольку они являются вторыми по частоте посещения населением [Наумова, 2016; Наумова, Маслак, 2013]. В то же время, междисциплинарное взаимодействие врачей-стоматологов с врачами-клиницистами может способствовать профилактике основных стоматологических заболеваний [Маслак Е. Е., Наумова, 2015; Наумова, Туркина, Маслак, 2016].

Цель исследования: изучить активность населения в посещении стоматологических клиник, их отношение к лечению и приверженность к выполнению рекомендаций врача-стоматолога.

Материал и методы: в течение 2016 г. провели опрос жителей Волгограда, Пятигорска, Астрахани и Ставрополя об их отношении к посещению врача-стоматолога. Нами была разработана авторская анкета, которая содержала вопросы о том, посещают ли участники опроса врача-стоматолога, насколько регулярно это делают, уровень их комплаентности и какое впечатление остаётся у пациентов после посещения стоматологических клиник. Специальный блок вопросов позволял определить возрастной состав респондентов, их семейное положение и социальный статус. Анкетирование проводилось на анонимной и добровольной основе.

В исследовании приняли участие 190 жителей названных регионов.

По возрастным группам респонденты распределились следующим образом: 18–24 года — 27,22%; 25–34 года — 19,37%; 35–44 года — 20,94%; 45–54 года — 21,98%; 55–64 года — 6,28%; 65 лет и старше — 3,66%.

Наиболее активно откликнулось на предложение принять участие в опросе молодое население в возрасте до 24 лет. В целом, у этого контингента опрошенных ещё не было сформировано негативное отношение к стоматологическому лечению, так как многие регулярно посещали врача с профилактической целью или для проведения профессиональной гигиены полости рта. Данные манипуляции практически безболезненны и относительно недороги при регулярном их проведении.

Большинство участников опроса (61,25%) относилось к работающему населению, что согласуется с востребованностью стоматологической помощи среди разных социальных групп; каждый четвёртый (24,08%) был учащимся или студентом, каждый десятый сообщил, что временно не работает либо занимается домашним хозяйством (9,94%). Пенсионеров среди людей, принявших участие в опросе, было 7,32%.

Более половины респондентов были людьми семейными или состояли в гражданском браке (57,59 %); каждый четвёртый был холост либо разведён (24,08 %); почти каждый восьмой респондент (13,61 %) не захотел отвечать на поставленный вопрос и 3,14 % вдовствовали.

Большинство людей, принявших участие в опросе, сообщили, что регулярно посещают врача-стоматолога (82,7 %); не посещают вовсе или являются на приём «от случая к случаю» — 17,27 %.

Мы поинтересовались, что вкладывают респонденты в понятие «регулярные» визиты на стоматологический приём. Согласно полученным ответам, раз в 3–4 месяца бывали на приёме у стоматолога шестеро участников опроса (3,14 %), каждый пятый респондент посещал стоматологический приём раз в полгода (19,89 %) или раз в год (18,84 %). Более половины людей, принявших участие в опросе, посещали стоматолога «по необходимости» или реже, чем раз в год (39,26 % и 12,04 % соответственно).

Таким образом, лишь 23 % опрошенных действительно регулярно посещали врача-стоматолога: раз в 3–6 месяцев. Остальные респонденты думали, что посещают стоматолога регулярно, однако, кратность их визитов не соответствует существующим рекомендациям.

Среди причин, почему они не посещают врача-стоматолога, респонденты чаще всего указывали, что у них «не болят зубы» (21,98 %), «не хватает времени» (15,4 %), «нет необходимости» (12,56 %), «не хватает денежных средств на лечение» (11,51 %). Реже участники опроса избегали визита к врачу из-за «страха перед стоматологическим вмешательством» (6,8 %), из-за того, что не имели «хорошего знакомого специалиста» (3,66 %) или потому что с ними «грубо обошлись на стоматологическом приёме» (1,57 %). Были сформулированы и свои причины: «не посещаю стоматолога, так как зубы здоровые»; «не посещаю, так как боюсь».

Следует заметить, что долгое время основной причиной, почему люди избегали визитов к стоматологу, считался страх перед стоматологическим вмешательством или его болезненность. Согласно полученным нами данным, в условиях экономической нестабильности населению не хватает денежных средств или времени, чтобы заняться своим здоровьем. Часть респондентов считала, что раз «зубы не болят», то и необходимости в осмотре у врача-стоматолога нет.

Участники опроса, ответившие, что посещают врача-стоматолога, поделились своими впечатлениями о полученном лечении.

Около половины респондентов (46,5 %) сообщили, что врач им очень понравился, лечение было безболезненным и приятным. Каждый пятый из участников опроса заявил, что врач им понравился, и они стали регулярно посещать его (22,5 %). Каждый восьмой из опрошенных считал, что качество лечения было удовлетворительным, хотя врач произвёл благоприятное впечатление (12,56 %). 8,37 % респондентов остались не удовлетворены качеством проведённого лечения, при этом и врач не произвёл на них впечатления грамотного специалиста. 7,85 % участников опроса сообщили, что их лечение сопровождалось осложнениями, врач-стоматолог не понравился. Недовольство у пациентов вызывал тот факт, что их не предупредили о стоимости лечения (5,28 %); врач не информировал их о том, что он собирается делать (2,09 %); во время лечения возникали конфликтные ситуации с врачом (1,05 %). Были предложены и свои варианты ответа. Негативное впечатление оставили «очень болезненные» ощущения во время лечения; необходимость повторных визитов к стоматологу и «некачественный» пломбировочный материал, из-за которого, по мнению респондента, разрушились зубы.

На вопрос «Если бы врач-стоматолог порекомендовал Вам консультацию другого специалиста (кардиолога, эндокринолога) выполнили бы Вы его рекомендации?» мы получили следующие ответы. Около половины респондентов (46,08 %) готовы были посетить смежного специалиста по направлению стоматолога. Почти каждый третий — 29,31 % — сделал бы это только при наличии свободного времени. Каждый десятый респондент заявил, что не нуждается в консультации и лечении у других врачей (9,42 %). Примерно столько же респондентов (8,9 %) сообщили, что по направлению стоматолога не стали бы посещать другого специалиста. 4,19 % людей, принявших участие в опросе, уже состояли на учёте у кардиолога или эндокринолога. На поставленный вопрос были предложены и свои варианты ответа. Так, часть респондентов не считала нужным выполнять эту рекомендацию, так как «стоматолог должен заниматься своими делами, а не лезть в другие»; либо были готовы посетить, если бы это «не было дорого и не занимало много времени» или «если бы сочли визит нужным».

Мы поинтересовались у участников опроса, что, по их мнению, можно улучшить в стоматологическом обслуживании населения. Вопрос был открытым. Большинство респондентов предлагали снизить цены на лечение зубов и протезирование; выпускать больше грамот-

ных специалистов; сделать хотя бы одно посещение врача-стоматолога в год бесплатным, чтобы можно было «узнать о своих проблемах».

Таким образом, участники опроса не могли объективно оценить свою потребность в лечении у стоматолога. Распространённым ответом в одном из открытых вопросов было пожелание снизить цены на стоматологическое лечение. Многие считали, что посещают врача регулярно, хотя бывали на стоматологическом приёме раз в год и реже — по необходимости. Респонденты полагали, что визит к стоматологу необходим, когда появляется боль в зубе. Такое отношение к своему здоровью не позволяет применять программы профилактики основных стоматологических и социально-значимых соматических заболеваний, которые могли бы быть выявлены на приёме у врача-стоматолога.

ЛИТЕРАТУРА

- Маслак Е. Е., Наумова В. Н. Позиция врачей-терапевтов по вопросам взаимодействия с врачами-стоматологами при лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Социология медицины. 2015. Т. 14, № 2. С. 62–64.
- Михальченко Д. В., Наумова В. Н., Бадрак Е. Ю. Проблема общесоматической патологии на стоматологическом приёме // Фундаментальные исследования. 2013. № 9–6. С. 1070–1072.
- Наумова В. Н. Возможности врачей-стоматологов в выявлении у пациентов сердечно-сосудистой патологии // Dental Forum. 2016. №4 (63). С. 62.
- Наумова В. Н., Маслак Е. Е. Сахарный диабет и стоматологическое здоровье: проблемы диагностики и лечения пациентов стоматологических клиник // Практическая медицина. 2013. № 4 (72). С. 10–14.
- Наумова В. Н., Туркина С. В., Маслак Е. Е. Взаимосвязь стоматологических и соматических заболеваний: обзор литературы // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2016. № 2 (50). С. 25–27.
- Решетников А. В. и др. Эффективность и социальная значимость технологии комплексного изучения состояния здоровья «Навигатор здоровья» // Социология медицины. 2007. № 2. С. 50–55.
- Bilal Abdul Qayum Mirza, Ayma Syed, Faisal Izhar, Ayyaz Ali Khan. Bidirectional relationship between diabetes and periodontal disease: Review of Evidence // J. Pak. Med. Assoc. 2010. Vol. 60 (9). P. 766–769.
- Naumova V. N., Maslak E. E., Fursik D. I. et al. Dentists' caries preventive recommendations and fluoride use in Volgograd region // Caries Research. 2014. Vol. 48, N 5. P. 443.
- Haynes W. G., Stanford C. Periodontal Disease and Atherosclerosis. From Dental to Arterial Plaque // Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2003. Vol. 23. P. 1309–1311.

НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ШКОЛЬНИКОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Ким А.В., Рубежов А.Л., Колоскова Т.М.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9», Санкт-Петербург

Введение. Кариес зубов в эпидемиологическом аспекте является широко распространенным стоматологическим заболеванием. Заболевания полости рта и зубов являются очагами хронической инфекции и рассматриваются как факторы способствующие развитию или обострению соматических заболеваний (патологии желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, мочеполовой системы, лор-органов), аллергизации и снижению реактивности организма. Поэтому сохранение стоматологического здоровья населения и в первую очередь — детского — должно являться одним из приоритетных направлений здравоохранения.

Кариес является полиэтиологическим заболеванием, возникновение и развитие которого определяется воздействием на зубы общих и местных факторов. Из местных факторов существенная роль отводится гигиене полости рта. В проведенных исследованиях установлена достоверная корреляционная зависимость между гигиеническим состоянием полости рта детей и интенсивностью кариеса зубов [Романчук, 2012]. Возникновение и развитие заболевания легко предотвратить посредством профилактики и правильной гигиены полости рта. Снижению заболеваемости кариесом и предупреждению развитию осложненных его форм способствует динамическое диспансерное наблюдение [Виноградова, 1988].

Успешно реализуемые в практическом здравоохранении СССР научно-организационные основы диспансеризации детей у стоматолога, разработанные Т.Ф.Виноградовой на протяжении более 20 лет, и проведение профилактических мероприятий всему детскому населению обеспечивали значительное снижение распространенности и интенсивности кариеса у детей школьного возраста. Школьный стоматологический кабинет идеально подходил для проведения первичной и вторичной профилактики кариеса. В нем в полной мере осуществлялось динамическое наблюдение за состоянием здоровья полости рта школьников, своевременно проводились профилактические

мероприятия, выявлялись патогенные для заболевания зубов факторы и рекомендовались родителям и пациентам меры по их устранению.

В частности, результатом работы школьных стоматологических кабинетов в г. Новосибирске явилось снижение распространенности кариеса у школьников на 14,2%; снижение нуждаемости в санации в 2 раза; уменьшение удалений постоянных зубов на 1000 учащихся в 23,8 раза; увеличение количества детей с интактными зубами в 7,5 раза, уменьшение лечебной работы школьного стоматолога до 32,9% [Чебакова, 2012]. Аналогичная ситуация складывалась и в Ленинграде где в начале 1990-х годов нуждаемость в лечении постоянных зубов у 12-летних школьников составляла всего 14,8%.

Повсеместное закрытие стоматологических кабинетов, возвращение к централизованной системе оказания стоматологической помощи «по обращаемости», недостаток финансовых и трудовых ресурсов в стоматологической отрасли, привели к резкому ухудшению здоровья полости рта у школьников.

Этому способствовало и прекращение практики «плановой санации школьников» активно проводимой детским стоматологами до 1990-х годов.

Цель исследования — оценить эффективность использования мобильного стоматологического кабинета.

Результаты и обсуждения. В структуре обращений за амбулаторной стоматологической помощью среди детского населения в настоящее время преобладают обращения по поводу «заболевания». Процент посещений «с профилактической целью» крайне мал. Заложниками стереотипного отношения взрослых к своему здоровью «лечим, когда болит» становятся дети, которых родители приводят к стоматологу только при появлении жалоб или обнаружения кариозных полостей. При такой организации помощи детские врачи-стоматологи не имеют возможности своевременно (сразу после прорезывания) проводить первичные профилактические мероприятия (герметизацию фиссур постоянных зубов, обработку зубов средствами, способствующими полноценной минерализации эмали) и превентивное лечение начальных форм кариеса.

В настоящее время у детей, проживающих в Санкт-Петербурге, отмечается очень высокая частота поражения зубов кариесом — во всем возрастном диапазоне от 5 до 15 лет распространенность кариеса, определенная с учетом наличия поражения как постоянных, так и временных зубов, находится на уровне, превышающем порог в 90%

(от 90,9 % до 100 %), а средний суммарный показатель интенсивности кариеса (КП + КПУ) во всех указанных возрастных группах находится в диапазоне от 4,98 до 7,66. Ведущее положение по частоте поражения кариесом занимают первые моляры — на долю этих зубов приходится 69,7 % от всех постоянных зубов, имеющих признаки кариозного поражения [Богомолова, 2006].

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по стоматологическим заболеваниям требует поиска новой формы функционирования школьной стоматологии, которая могла бы взять на себя выполнение первичной и вторичной профилактики кариеса с максимально эффективным использованием финансовых, материальных и трудовых ресурсов стоматологических учреждений города.

Нами предложена и реализована модель функционирования мобильного стоматологического кабинета. Экономическая выгода использования мобильного кабинета для проведения диспансеризации и профилактики очевидна. На территории Центрального района Санкт-Петербурга, обслуживаемой СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №9», расположено 29 средних общеобразовательных учреждений. Оснащение и обеспечение функционирования стоматологических кабинетов даже в половине школ потребовало бы значительных финансовых вложений и привлечения дополнительных трудовых ресурсов.

Используя мобильный стоматологический кабинет, оборудованный одним рабочим местом врача-стоматолога детского, проводятся осмотры и первичные профилактические мероприятия учащимся этих школ.

За 2016 г. было осмотрено: 5863 школьников, что составляет 64 % от списочного состава учащихся. В таблицах 1 и 2 представлены данные о заболеваемости кариесом обследованных школьников и показатель, характеризующий интенсивность кариозного процесса. Доля детей имеющих интактный зубной ряд составила 31 %. Первичные профилактические мероприятия проведены 2132 школьникам.

Таблица 1. Заболеваемость кариесом в различные возрастные периоды школьников (%)

Класс										
1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й
16 %	27 %	38 %	37 %	37 %	39 %	47 %	57 %	52 %	48 %	48 %

Таблица 2. **Индекс КПУ (основной показатель, характеризующий интенсивность кариозного процесса) среди школьников**

Класс										
1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й
0,52	0,92	1,50	1,70	1,90	2,27	3,25	3,58	4,20	4,50	5,20

Очевидны и медико-социальные преимущества функционирования мобильного стоматологического кабинета:

- нет необходимости сопровождать ребенка в стоматологическую поликлинику родителям, затрачивать время на дорогу и ожидание приема. После осмотра школьник получает «Сертификат здоровья» отражающий состояние зубочелюстной системы и содержащий рекомендации по дальнейшему терапевтическому, хирургическому и ортодонтическому лечению, профилактике заболеваний зубов;
- дети вне зависимости от социального уровня и платежеспособности родителей, получают профилактическую помощь в соответствии с разработанными МЭС 812010 «Стоматологические первичные профилактические мероприятия у детей» в рамках ОМС;
- часто стоматофобия у детей является причиной нежелания ребенка посещать стоматолога в поликлинике. В мобильном кабинете не проводятся лечебные мероприятия, поэтому дети не пытаются избежать осмотра врача стоматолога;
- доброжелательное отношение персонала, оборудование зоны ожидания телевизором для трансляции видеороликов по вопросам гигиены полости рта и профилактике заболеваний зубов, безболезненность проводимых мероприятий способствуют формированию гигиенических навыков и развитию устойчивой мотивации к здоровому образу жизни.

Заключение. При реализации в полном объеме комплексной программы первичной и вторичной профилактики детям от 6 до 18 лет в условиях мобильного стоматологического кабинета ожидается:

- повышения уровня информированности школьников по вопросам гигиены и профилактики;
- улучшения гигиены полости рта у школьников, отсутствия признаков катарального гингивита, обусловленного неудовлетворительной гигиеной полости рта;

- снижения уровня интенсивности кариеса (индекса КПУ) обусловленного систематической, своевременной и индивидуальной направленностью первичных профилактических мероприятий;
- уменьшения количества осложненных форм кариеса постоянных зубов в связи со своевременной диагностикой первичных кариозных поражений и с формированием у школьников мотивации к регулярным стоматологическим осмотрам и лечению зубов.

ЛИТЕРАТУРА

- Богомолова И. А.* Клинико-статистический анализ стоматологической заболеваемости и обоснование необходимости ранней герметизации фиссур постоянных зубов у школьников Санкт-Петербурга (эпидемиологическое исследование): дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2006. 106 с.
- Виноградова Т. Ф.* Диспансеризация детей у стоматолога. М.: Медицина, 1988. 256 с.
- Романчук Е. В.* Повышения эффективности стоматологической диспансеризации детей школьного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2012. 22 с.
- Чебакова Т. И.* Совершенствование оказания стоматологической помощи детям в организованных коллективах в современных социально-экономических условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2012. 25 с.

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ.СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Фурсик Д. И., Фурсик А. И.

ФГБОУ «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра стоматологии детского возраста
defurs@hotmail.com

Введение. Несмотря на развитие науки и технологий, кариес остается основной проблемой стоматологии. У детей и подростков кариес преимущественно развивается в естественных углублениях молочных и постоянных моляров — ямках и фиссурах. Формирование кариозной полости возможно еще до полного прорезывания зуба [Maslak et al., 2000]. При отсутствии профилактических мероприятий в течение

двух лет после прорезывания моляров, признаки деминерализации эмали фиссур, или образование кариозной полости выявляются у 70–85 % пациентов. В структуре КПУ у 12–15-ти летних подростков до 95 % удаленных зубов приходится на первый постоянный моляр. Однако единого подхода к профилактике кариеса жевательных поверхностей не выработано. Различными авторами предлагаются дифференцированные подходы в зависимости от возраста, индивидуальных особенностей строения зубов, степени минерализации, интенсивности кариеса и других факторов [Naumova et al., 2014]. Нет единого подхода и к выбору метода профилактики: стеклоиономер, композит или фторлак. Также обсуждаются целесообразность использования адгезивных систем и фторлака совместно с герметиками, тактика в отношении герметизации фиссур с признаками начального кариозного поражения, инвазивные и неинвазивные методики герметизации фиссур [Deery, 2016].

Цель работы. Провести сравнительный анализ современных подходов к профилактике кариеса жевательной поверхности моляров у детей и подростков с точки зрения доказательной медицины. Проанализировать оценку эффективности использования стеклоиономерных цемента и композитных герметиков с и без использования адгезивных систем и фторлака. Выработать дифференцированные подходы к выбору метода профилактики кариеса жевательной поверхности моляров в зависимости от возраста, индивидуальных особенностей строения зубов, степени минерализации, интенсивности кариеса и других факторов.

Материал и методы. Для достижения целей работы мы провели поиск публикаций в базах данных Cochrane, Medline и PubMed за период с 2000 по 2017 г. В поиск включали систематические обзоры, метаанализы и рандомизированные клинические исследования по ключевым словам «герметики фиссур — fissure sealants», «ямки и фиссуры — pit and fissure», «стеклоиономерный цемент — glassionomer cement, GIC», «методика ART — ART technique». Всего было проанализировано 400 работ. Работы были сгруппированы по изучаемым признакам. Сходные данные при адекватности условий объединялись для анализа. Основные критерии для анализа включали общую ретенцию материала в различные сроки, частоту развития кариозного процесса в случае утраты герметика.

Результаты и обсуждение. В большинстве работ сообщается о клинической эффективности и экономической целесообразности

герметизации фиссур. Экономический эффект от профилактики кариеса методом герметизации фиссур особенно выражен в странах с высокой распространенностью и интенсивностью кариеса. «Золотым стандартом» в настоящее время считается герметизация фиссур композиционными герметиками. Эффект данного способа герметизации обусловлен микромеханической ретенцией материала после кислотного протравливания эмали. Ретенция материала усиливается при использовании адгезивных систем [Martignon et al., 2017]. При этом Yengopal и Mickenautsch подчеркивают, что только уровень ретенции материала нельзя приравнивать к его клинической эффективности, поскольку не установлено прямой зависимости между ретенцией материала и прогнозом развития кариеса в будущем [Mickenautsch, Yengopal, 2016]. Однако большинство авторов соглашается, что в условиях повышенной влажности (неполное прорезывание зуба, отсутствие раббердама) предпочтительным является использование стеклоиономерных цемента. При этом на сроках 24–48 месяцев не выявлено значимых различий между уровнем клинической эффективности стеклоиономера и композита, хотя многими авторами отмечается более низкий уровень ретенции стеклоиономера. На сроках более 60 месяцев исследований с высоким уровнем доказательности по этому вопросу также не обнаружено. Однако, при оценке эффективности различных стеклоиономерных цемента большинство авторов показали большую клиническую эффективность стеклоиономеров высокой вязкости (HVGIC) по сравнению с цементами низкой вязкости, особенно в контексте методики АРТ, когда внесение материала сопровождается давлением пальца [Maslak et al., 2004]. При этом оценка влияния соотношения порошок/жидкость на прочность материала носит противоречивый характер и статистически не подтверждена. Часть авторов объясняет высокую эффективность стеклоиономера тем, что даже при клинической утрате герметика, микроскопические частицы материала остаются в глубине фиссуры и продолжают ионообменные процессы. Показано, что при нанесении композиционных герметиков, использование адгезивных систем увеличивает сроки ретенции, не оказывая в тоже время существенного влияния на уровень поражения кариесом в случае утраты покрытия. Предпочтительно использование классических адгезивов etch and rinse — с кислотным травлением, чем самопротравливающих адгезивов, обеспечивающих меньший уровень ретенции на сроках 24–48 месяцев [Botton, 2016]. Также герметизация фиссур способствует стабилизации кариозного процесса на ранних

стадиях, останавливая деминерализацию под слоем герметика. Использование фторлака (геля) совместно с герметизацией не оказывает влияния на ретенцию материала и поражение кариесом в случае его утраты, однако увеличивает концентрацию фтора в ротовой жидкости и уменьшает прирост кариеса на гладких поверхностях зубов. Выделение фтора стеклоиономерными цементами выше, чем композитными герметиками. Аппликации только фторлака (геля) не оказывают существенного профилактического влияния на развитие кариозного процесса в ямках-фиссурах [Paglia, 2016].

Выводы:

1. Герметизация фиссур является самым эффективным методом профилактики кариеса жевательной поверхности моляров.
2. Экономический эффект герметизации фиссур подтверждается многочисленными исследованиями и особенно выражен в странах с высокой распространенностью и интенсивностью кариеса.
3. Герметизация фиссур способствует стабилизации кариозного процесса на ранних стадиях.
4. В постоянных зубах с частичным прорезыванием и признаками слабой минерализации стеклоиономерный цемент высокой вязкости и внесение с использованием концепции АРТ (пальцевое давление) является предпочтительным. Данное утверждение справедливо и для молочных моляров, особенно при массовой профилактике.
5. В полностью прорезавшихся зубах, несмотря на то, что использование композитных герметиков считается «золотым стандартом», возможно использование стеклоиономерных цементах, предпочтительно высокой вязкости, однако данный вопрос по-прежнему требует дальнейшего изучения.
6. При нанесении композиционных герметиков использование адгезивных систем увеличивает сроки ретенции герметика, предпочтительно использование классических адгезивов с кислотным травлением, чем самопротравливающих адгезивов
7. Фторлак эффективен только в профилактике кариеса гладких поверхностей зубов.

ЛИТЕРАТУРА

- Botton G., Morgental C. S., Scherer M. M., Lenzi T. L., Montagner A. F., Rocha R. O.* Are self-etch adhesive systems effective in the retention of occlusal sealants? A systematic review and meta-analysis // *Int. J. Paediatr Dent.* 2016, Nov. Vol. 26(6). P. 402–411.
- Deery C.* Clinical Practice Guidelines Proposed the Use of Pit and Fissure Sealants to Prevent and Arrest Noncavitated Carious Lesions // *J. Evid Based Dent Pract.* 2017, Mar. Vol. 17(1). P. 48–50.
- Martignon S., Zarta O. L.* The Use of Adhesive Systems Under Fissure Sealants Improves Their Retention, With Etch-and-Rinse Performing Better Than Self-Etching Adhesive Systems // *J. Evid Based Dent Pract.* 2017, Mar. Vol. 17(1). P. 56–58.
- Maslak E. E., Kchmizova T. G., Kamennova T. N., Fursik D. I., Kuyumdjidi N. V.* The comparative efficiency of caries preventive methods on primary molar occlusal surfaces in children // *Caries Research.* 2005. Vol. 39, N 4. P. 296–297.
- Maslak E. E., Rojdestvenskaya N. V., Kchmizova T. G., Fursik D. I.* Effect of glass ionomer cement as fissure sealant in children under 3 years // *Caries Research.* 2000. Vol. 34, N 4. P. 352.
- Mickenausch S., Yengopal V.* Caries-Preventive Effect of High-Viscosity Glass Ionomer and Resin-Based Fissure Sealants on Permanent Teeth: A Systematic Review of Clinical Trials // *PLoS One.* 2016, Jan. Vol. 22, N 11(1). P. e0146512.
- Naumova V. N., Maslak E. E., Fursik D. I., Rodionova A. S., Luneva N. A., Kamennova T. N.* Dentists' caries preventive recommendations and fluoride use in Volgograd region // *Caries Research.* 2014. Vol. 48, N 5. P. 443.
- Paglia L.* Pit and fissure sealants or fluoride varnishes? // *Eur. J. Paediatr Dent.* 2016, Sep. Vol. 17(3). P. 173.

РАЗВИТИЕ КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Мирсалихова Ф.Л.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,
кафедра профилактики стоматологических заболеваний
Mirsalikhov@gmail.com

Основываясь на исторических теориях, в настоящее время удалось достигнуть значительных успехов в вопросах этиологии и патогенеза кариеса зубов [Боровский, Леонтьев, 2001; Леонтьев, 2010; Леус, 1977; Рединова, 2009].

В возникновении кариозного процесса принимает участие множество этиологических факторов, и позволяет считать кариес поли-

этиологическим заболеванием [Леонтьев, 2010; Леус, 1977; Леус, 2007; Swartz, 2007].

Кариесогенные факторы могут быть различной интенсивности и характера, разные варианты их взаимодействия способствуют возникновению кариеса, однако ведущим фактором является микрофлора полости рта [Боровский, Леонтьев, 2001; Денисов, 2004; Леонтьев, 2010; Леус, 1977; Eubanks, 2010].

В настоящее время известно, что кариозный процесс может развиваться при наличии микроорганизмов в полости рта, избыточным количестве углеводов в пище и их контакте с эмалью зуба [Леус, 2007; Рединова, 2009; Swartz, 2007; Eubanks, 2010].

Кариесогенная ситуация по определению профессора В.К. Леонтьева (2010), создается тогда, когда любой кариесогенный фактор или группа их действуя на зуб, делают его восприимчивым к воздействию кислот. Конечно пусковым механизмом является низкий уровень гигиены полости рта при обязательном наличии углеводов и контакте этих двух факторов с тканями зуба [Леонтьев, 2010; Рединова, 2009; Eubanks, 2010].

Цель исследования. Изучить факторы способствующие развитию кариесогенной ситуации в полости рта у детей.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной задачи были обследованы дети младшего школьного возраста школы № 42 Шайхантаурского района г. Ташкента. Возраст детей от 7 до 13 лет. Этот возрастной период был выбран, как самый уязвимой для кариозного поражения зубов, в период сменного прикуса, прорезывания постоянных зубов и биохимической незрелости эмали.

У детей проведено стандартное стоматологическое обследование. Оценка состояния твердых тканей зубов проводили при помощи теста эмальной резистентности (ТЭР) (В.Р. Окушко, Л.И. Косарева) (1983) и минерализующему потенциалу слюны (МПС) проводили по методике П. А. Леус (1977), оценивают характер рисунка. Содержание *Streptococcus mutans* (SM) ротовой жидкости определяли с помощью диагностической системы Dentocult SM. Strip mutans.

До начала исследования всем детям была проведена профессиональная гигиена полости рта в полном объеме, проведена беседы со школьниками, их родителями и преподавателями, о факторах риска возникновения кариозной болезни. Проведена мотивация к качественной гигиене полости рта, снятие зубных отложений и коррекция освоения гигиенических навыков в динамике.

Результаты исследования и их обсуждение. В условиях сниженной резистентности тканей кариесогенная ситуация развивается быстрее. Клинически в полости рта кариесогенная ситуация проявляется следующими основными симптомами: плохое гигиеническое состояние полости рта; обильный зубной налет; неполноценное созревание эмали зубов; изменение состава и свойства ротовой жидкости, ее концентрация, вязкость, количество и скорость секреции и др. [Боровский, Леонтьев, 2001; Леус, 1977; Swartz, 2007; Eubanks, 2010].

Необходимо отметить, что течение кариеса при кариесогенной ситуации характеризуется быстротой, наличием пигментированного дентина, вскалыванием или острыми краями эмали. Такая клиника кариеса при кариесогенной ситуации характеризуется острым цветущим или декомпенсированным кариесом, то есть высокой активностью течения [Боровский, Леонтьев, 2001; Денисов, 2004; Леус, 1977].

При оценке результатов исследования ТЭР-теста установлена, что из 90 обследованных школьников только у 18 (20,0 %) детей установлена высокий уровень кариес резистентности (КР) эмали зубов (ВКР), остальные 82 (80,0 %) детей имели КР различного уровня. Так, у 24 (26,7 %) обследованных была выявлена умеренная КР (УКРЭ), у 27 (30,0 %) — низкая КР (НКР) и у 21 (23,3 %) детей — очень низкая КР (ОНКР) (табл. 1).

Таблица 1. Показатели ТЭР-теста

Кол-во обл. детей	ВКРЭ		УКРЭ		НКР		ОНКР	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
90	18	20,0	21	23,3	27	30	24	26,7

Анализ данных таблицы показывает, что у большинства исследуемых детей (56,7 %) имеется низкая или очень низкая устойчивость зубов к кислотному воздействию, что прогнозирует о развитии множественного кариеса зубов. При изучение результатов исследования минерализующего потенциала слюны (МПС) у детей младшего школьного возраста установлено, что у детей с ВКР эмали зубов в 50,0 % случаев имели высокий уровень МПС и в 11,1 % имеет очень высокий уровень МПС, остальные 38,9 % удовлетворительный. Дети с низким или очень низким МПС отсутствовали.

При изучении МПС во второй УКР детей, как показывает таблица 2, преобладали школьники с умеренным уровнем МПС — 71,4 %, низкий МПУ установлен у 19,4 %, высокий уровень отмечался только

у 9,9%. Школьники с очень высоким и очень низким уровнем МПС отсутствовали.

У детей с НКР эмали зубов в 51,8% случаев выявлен низкая МПС, в 25,9% случаев удовлетворительная. В 22,2% случаев зарегистрирован очень низкий МПС. Высокий или очень высокий МПС не обнаружен.

В четвертой группе детей при ОНКР эмали зубов установлено преобладание низкой и очень низкой МПС соответственно 50,0% и 37,5%. Удовлетворительное МПС у 12,5% случаев. Высокая и очень высокая МПС полностью отсутствовали. Также в 3-й и 4-й группах установлен низкий уровень гигиены полости рта у большинства детей соответственно более 53,4% и 58,7%.

Таблица 2. Частота уровня МПС у детей в зависимости от кариесрезистентности эмали зубов

Показатели ТЭР	1-я группа, n = 13 ВКР		2-я группа, n = 21 УКР		3-я группа, n = 27 НКР		4-я группа, n = 24 ОНКР	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Очень низкий, 0–1	–	–	–	–	6	22,2	9	37,5
Низкий, 1,1–2	–	–	4	19,0	14	51,8	12	50,0
Удовлетворительный, 2,1–3	7	38,9	15	71,4	7	25,9	3	12,5
Высокий, 3,1–4	9	50,0	2	9,9	–	–	–	–
Очень высокий, 4,1–5	2	11,1	–	–	–	–	–	–

Str.mutans — это представитель микрофлоры ротовой жидкости являющийся одним из маркеров риска развития кариеса, обладающая кислотопродуцирующей способностью, играющая важную роль в развитии кариеса зубов у детей.

Изучение данной микрофлоры показало, что у КР и УКР детей с колонии *Str.mutans* не выявлена в ротовой жидкости. При НКР в ротовой жидкости у 29,7% детей не были обнаружены колонии *Str.mutans*, у 41,5% — выявлена низкая степень патогенности, у 28,8% — высокая степень патогенности. У детей при ОНКР изучение *Str.mutans* показало, что у 24,9% обследуемых колонии данной микрофлоры не были обнаружены, у 31,5% — выявлена низкая степень патогенности, 43,6% — высокой степени патогенности.

Исследование уровня концентрации патогенных *Str.mutans* в зубном налете у детей с НКР эмали выявлено, что в 9,1 % случаев были колонии с *Str.mutans* с уровнем соответствующей высокой патогенности в области 4,5,6 зубов слева верхней челюсти. На правой стороне только на 3–4 зубах (7,3 %). На нижней челюсти слева в основном на 5–6 зубах в 8,7 % случаев, справа на 5 зубе в 6,9 % случаев нижней челюсти. Установлено наличие патогенных уровней *Str.mutans* в 76,2 % случаев; на нижней челюсти — в 59,8 % случаев.

Изучение концентрации кариесогенной микрофлоры в мягком зубном налете, расположенной на вестибулярной поверхности зубов, установило достаточно высокий уровень патогенности *Str.mutans*, по сравнению с концентрацией их в смешанной слюне. Так, с высоким уровнем патогенности колонии *Str.mutans* у детей с НКР эмали обнаружено в 38,2 % случаев. Низкая степень патогенности в 36,7 % и только в 25,1 % случаев не обнаружены колонии *Str.mutans*. У детей с ОНКР эмали колонии *Str.mutans* с высокой степенью патогенности установлены в 53,7 % случаев. Низкая степень патогенности этой кариесогенной микрофлоры установлена в 37,2 % и только в 9,0 % не выявлены кариес патогенные колонии.

Концентрация колонии кариесогенной микрофлоры *Str.mutans* высокой степени патогенности выявлены в основном в мягком зубном налете на достаточно высоком уровне патогенности, чем в смешанной слюне и у большинства детей с НКР и ОНКР эмали. Причем у детей с НКР эмали *Str.mutans* с высоким и низким уровнем патогенности в основном находятся на одинаковом уровне — 38,2 % и 36,7 % соответственно и вместе составляют больше половины 74,9 %.

При ОНКР эмали колонии *Str.mutans* с высоким уровнем патогенности достоверно выше по сравнению с низкой степенью патогенности и равны соответственно 43,7 и 37,2 % случаев.

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует о нарушении минерализующей функции ротовой жидкости у детей младшего школьного возраста, выражающемся снижением минерализующего потенциала слюны при НКР и ОНКР эмали зубов, на фоне нарушения уровня гигиены полости рта и повышения патогенности *Str. M.*

Выявляется прямая корреляционная взаимозависимость между изучаемыми показателями КР эмали зубов ГИ и МПС. Так как снижение одного из показателей, способствует ухудшению у другого, и они взаимозависимы.

Таблица 3. Концентрация патогенного уровня колоний *Str.mutans* в ротовой жидкости и мягком зубном налете

Уровни патогенной колонии <i>Str.mutans</i>	НКР		ОНКР	
	Ротовая жидкость	Мягкий зубной налет	Ротовая жидкость	Мягкий зубной налет
	в %			
1. Отсутствие патогенности	29,7	15,1	24,9	9,0
2. Низкий уровень патогенности	40,5	46,7	31,5	37,2
3. Высокий уровень патогенности	29,8	38,2	43,6	53,7

Анализ полученных данных свидетельствует о высоком риске развития кариесогенной ситуации в полости рта у детей младшего школьного возраста при низких уровнях кариесрезистентности у детей в период прорезывания зубов и формирования их корня, при еще высокой биохимической незрелости эмали. Этот период считается критическим для поражения зубов множественным кариесом и при одновременном воздействии других местных патологических факторов развития кариеса. Появляется замкнутый круг патогенетических звеньев развития кариеса зубов, взаимообуславливающих и усугубляющих патогенность каждого фактора в отдельности.

Установленный низкий уровень гигиены полости рта у детей при НКР и ОНКР эмали зубов, снижение МПС, увеличение колоний патогенных *SM* в ротовой жидкости и мягком зубном налете и снижение кариесрезистентности эмали зубов в совокупности являются основными факторами развития в полости рта кариесогенной ситуации, что дает возможность раннего выявления детей с высоким риском развития кариеса и проведения им ранней целенаправленной профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

- Боровский С. В., Леонтьев В. К. Биология полости рта. М.: Медицина, 2001. 304 с.
- Денисов А. Б. Диагностическая информативность слюны. Перспективы исследований // Дентал Ревю. Образование, наука и практика в стоматологии. Тезисы докладов Всероссийского стоматологического форума. М., 2004. С. 253–256.
- Леонтьев В. К. Кариес зубов — болезнь цивилизации // Биосфера. 2010. № 3. С. 392–396.

- Леонтьева Е. Ю. и др. Реминерализующая терапия с использованием TOOTHE MAUSSE и Mi Pastr Plus (GC) // Проблемы стоматологии. 2012. № 1. С. 33–36.
- Леус П. А. Клинико-экспериментальное обоснование патогенеза патогенетической консервативной терапии и профилактики кариеса зубов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1977. 30 с.
- Леус И. А. Кариес зубов. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация: учеб.-метод. пособие. Минск, 2007. 35 с.
- Новицкая И. К. Корреляционная связь между интенсивностью и показателями минерализующего потенциала жидкости и детей раннего возрасте // Jornal of Health Sciencas. 2014. Vol. 04, N 03. P. 011–020.
- Рединова Т. Л. Кариес зубов. Ижевск, 2009. 96 с.
- Swartz E. Global aspects of preventive dental care // E.mal. 2007. Vol. 57, N 3. P. 209–214.
- Eubanks D. L. The basics of saliva // K.A.nt. 2010. Vol. 27, N 4. P. 266–267.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НЕСЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ С БОЛЬШИМ ОБЪЕМОМ ПРЕПАРИРОВАНИЯ

Гуськов А. В., Анвархонова Д. Б., Зиманков Д. А.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
guskov74@gmail.com

Одонтопрепарирование в ортопедической стоматологии представляет собой механический процесс удаления твердых тканей зубов с целью формирования культи, сохраняющей признаки принадлежности к соответствующей группе зубов, и планируемой конструкции несъемного протеза [Иордашвили, 2007].

Препарирование зуба является ключевым этапом любого вида несъемного протезирования, особенно в эстетической стоматологии.

Цель одонтопрепарирования — не только удаление слоя твердых тканей, но и максимальное сохранение биомеханических характеристик зуба, его структуры и жизнеспособности, что является одним из критериев успешного проведения ортопедического лечения несъемными конструкциями зубных протезов [Арутюнов, Лебеденко, 2007].

Большой объем препарирования требуется на этапах протезирования металлокерамическими коронками. Поскольку коронка включает в себя металлическую и керамическую части, то препарирование зуба так же должно быть комбинированным. Для достижения желаемого

косметического результата проводят глубокое препарирование вестибулярной поверхности, что бы создать достаточное пространство для каркаса и для слоя керамики.

Достаточная глубина препарирования необходима для достижения высокого косметического результата. При недостаточной толщине слоя керамики могут возникнуть две ситуации: создание неудовлетворительного контура реставрации, что отрицательно влияет на внешний вид коронки и состояние окружающей десны; а также несоответствие оттенка реставрации соседним естественным зубам [Шиллингбург, Хобо, 2011].

В процессе одонтопрепарирования следует избегать таких факторов как: термическое воздействие на твердые ткани зуба, давления, вибрации при препарировании, механической травмы пульпы зуба и надпульпарного дентина.

Следует отметить, что пульпа имеет называемую «память», т.е. накапливает раздражающие эффекты от всех предыдущих реставрационных работ.

Резкое повышение температуры в пульповой камере, возникающей во время препарирования тканей зуба, снижает реактивную способность пульпы и вызывает в ней морфологические изменения — абсцессы, некрозы, тромбозы сосудов. Кроме того, чрезвычайно чувствительны к термическому раздражению и нервные волокна пульпы. Критическим для пульпы считается повышение температуры в полости зуба на $5,5^{\circ}\text{C}$.

Перегрев тканей зуба при одонтопрепарировании может привести к повреждению (термическому ожогу) и даже некрозу пульпы с последующим поражением верхушечного периодонтита [Наумович, 2006].

При использовании бора с диаметром зерна 150 мкм происходит нагревание тканей зуба до $40,5^{\circ}\text{C}$ (температура повышается на $3,2^{\circ}\text{C}$), что очень близко к критической температуре в $41,5^{\circ}\text{C}$ вызывающей некроз пульпы. Защитой пульпы служит слой дентина, разделяющий полость зуба и вращающийся бор, так как он частично поглощает тепло продуцируемое бором. Однако в процессе препарирования этот слой уменьшается, а следовательно, снижается его способность поглощать тепло, поэтому на завершающих этапах препарирования следует использовать низкоабразивные боры, продуцирующие меньше тепла при контакте с тканями зуба [Курбанов, Абдурахманов, Абакаров, 2015].

Опасность перегрева тканей возрастает по мере увеличения количества оборотов, давления, а также диаметра рабочего инструмента.

Свести к минимуму действие этих факторов можно, применяя технику прерывистого препарирования при минимальном давлении на ткани зуба острого абразивного инструмента с соответствующим охлаждением, особенно при высокой скорости вращения абразива.

Частота вращения и величина вращающего момента микромотора: при препарировании твердых тканей зубов частота вращения должна быть не менее 16 000 об./мин, но не более 30 000; при сошлифовывании тканей зубов в пришеечной области число оборотов рекомендуется уменьшать до 12 000 об./мин.

Вибрация инструмента возрастает с увеличением скорости вращения и давления бора на зуб.

С целью профилактики термического ожога пульпы зуба. Препарирование проводят прерывисто, под полноценным воздушно-водяным охлаждением (50 мл/мин). Температура водяного охлаждения при препарировании зуба — в пределах $35 \pm 3^\circ\text{C}$.

Сошлифовывание значительного количества твердых тканей зубов (эмали и дентина) проводят при полноценной анестезии для сохранения жизнеспособности витальной (интактной) пульпы.

Оптимальное время непрерывного препарирования (время контакта инструмента с тканями зуба) не должно превышать 3 секунд.

Глубокое препарирование опорных зубов сопряжено с опасностью повреждения пульпы (травматическим пульпитом), поэтому нужно учитывать максимальную глубину безопасного для витальной пульпы препарирования и зону безопасности для каждой группы зубов.

Травма пульпы при препарировании может возникнуть из-за невозможности клинически правильно судить о топографии пульповой камеры, в связи с шириной вариаций размеров зубов, с аномалией размеров и формы положения зуба в зубном ряду, а также ранее проведенном (при повторном протезировании) препарировании.

Сошлифовывание твердых тканей должно выполняться с обязательным учетом топографии полости зуба и зон безопасности для каждой группы зубов, что обеспечивает безболезненность проведения процедуры и предупреждение возможных осложнений в будущем.

Во избежание травмы пульпы зуба при препарировании рекомендуется сохранять расстояние в 1,0 мм до пульпы (минимум 0,7 мм).

На данный момент в стоматологии существует несколько методов для профилактики травматических повреждений пульпы зуба.

В случаях препарирования клинически интактного зуба с целью контроля глубины препарирования целесообразно применение сили-

коновых слепков. Изготовление как минимум трех силиконовых шаблонов позволяет контролировать глубину препарирования. Два силиконовых шаблона рассекаются в вертикальной или горизонтальной плоскости. Третий шаблон позволяет создавать временные защитные конструкции [Массирони, 2008].

Для контроля необходимого объема иссечения тканей зуба перед началом препарирования рекомендуется получить оттиски (шаблоны) силиконовым материалом.

Шаблон для контроля препарирования вестибулярной поверхности изготавливают, разрезая полученный оттиск на щечную и язычную половины.

Перед препарированием определяют глубину иссечения твердых тканей — с помощью маркерных боров определенного диаметра создают параллельные продольной оси зуба и краю десны ориентировочные борозды (проточки) на поверхностях коронки зуба.

При изготовлении металлокерамической коронки рекомендуется использовать маркерный бор с глубиной препарирования не менее 1,3 мм. Для этого берут алмазные колесовидные головки с ограничителями глубины препарирования, алмазные головки, имеющие форму обратного конуса, или специальные маркерные боры с заранее известной лимитированной глубиной препарирования.

Применение маркерного бора, с одной стороны, позволяет предотвратить повреждение пульпы, возможное при чрезмерной глубине препарирования, а с другой — полностью устранить вероятность того, что в процессе препарирования будет сошлифовано недостаточное количество твердых тканей [Панин, 2007].

Дополнительно на этапах препарирования целесообразно производить оценку толщины твердых тканей зуба по результатам внутриротовой рентгенографии или использовать таблицы с описанием параметров толщины твердых тканей зуба от наружной поверхности коронки до стенки полости зуба.

Для определения предельной глубины препарирования целесообразно использовать аппарат Prepometer с целью профилактики вскрытия пульпарной камеры и ее последующего повреждения. Данный прибор позволяет измерить сопротивление дентина под измерительным активным электродом которое уменьшается пропорционально толщине надпульпарного дентина [Тонибова, 2007].

Российский аналог аппарата Prepometer DTM-800 — ЭНДОЭСТ — 3Д, который является многофункциональным стоматологическим ап-

паратом и выполняет три функции: определение толщины надпульпарного дентина; апекслокация; ЭОД.

На этапах препарирования культи зуба придают коническую форму, т. е. стенки культи зуба должны конвергировать по направлению к режущему краю передней группы зубов или к жевательной поверхности моляров и премоляров. Чрезмерное увеличение конвергенции боковых поверхностей ($15-20^\circ$) может приводить не только к расцементировке конструкции, но и к ятрогенному травматическому пульпиту и некрозу пульпы [Шиллинбург, Якоби, Бракетт, 2006].

Повреждающую роль могут сыграть также обычные условия полости рта: микрофлора, перепады температуры, внутриротовая жидкость и др. [Гуйтер, Митин, 2015].

Препарирование является одним из факторов альтерации пародонтальных тканей из-за стрессорных воздействий, так как в результате активации адренергической и гипоталамо-гипофизарно-адреналовой систем происходят нарушения углеводного обмена, чрезмерная активация процессов перекисного окисления липидов, расстройства регионарной гемодинамики, что приводит к деструкции клеточных мембран пародонтальных тканей. Пусковым стимулом в развитии стресс-реакции в стоматологии чаще служит болевой фактор. Весьма часто в клинике наблюдают превращение стресс-реакции в звено патогенеза того или иного патологического процесса [Митин, Родина, 2016].

Для предупреждения развития осложнений разработаны способы препарирования зубов у больных с пародонтитом, направленные на снижение психологического напряжения перед процедурой одонтопрепарирования и повышение качества препарирования зубов [Митин, Мишин, 2015].

Кроме этого разрабатывается новый препарат для покрытия поверхности отпрепарированного зуба под ортопедической конструкцией с выраженным капилляроукрепляющим, противовоспалительным, репаративным, обезболивающим действием. В ходе экспериментальных и клинических исследований было выявлено, что применение разработанного препарата в профилактических целях позволяет сохранить витальными зубы даже при протезировании зубов с большим объемом препарирования.

При объемном препарировании нередко можно наблюдать сдавливание сосудов маргинального пародонта краем коронки, оседание зубного налета и бактерий на границе контакта края коронки и корня зуба, что приводит к обострению течения пародонтита. Для про-

филактики подобных осложнений рекомендуется формировать уступ выше десневого края с учетом особенностей течения заболеваний пародонта.

Клинические исследования показали хороший результат применения нового разработанного препарата с выраженным противовоспалительным, капилляроукрепляющим действием на этапах ортопедического лечения для профилактики воспалительных осложнений со стороны пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

- Арутюнов С.Д., Лебеденко И. Ю. Одонтотрепарирование под ортопедические конструкции зубных протезов. М.: Практическая медицина, 2007. 80 с.
- Гонибова А.А. Применение фторapatита для профилактики изменений в пульпы при препарировании витальных зубов [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 26 с.
- Гуйтер О.С., Митин Н.Е., Харитонов Д.Ю. Особенности микрофлоры полости рта при ортопедическом лечении больных с помощью обтурирующих протезов // Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова, посвященной 65-летию работы университета на Рязанской земле. 2015. С. 366–368.
- Иордашвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. М.: МЕДпрессинформ, 2007. 248 с.
- Курбанов О.Р., Абдурахманов А.И., Абакаров С.И. Ортопедическая стоматология. М.: ГЭОТАР — Медиа, 2015. 456 с.
- Массирони Д. Точность и эстетика. Клинические и зуботехнические этапы создания эстетичных реставраций. М.: Азбука, 2008. 464 с.
- Митин Н.Е., Мишин Д.Н., Власова Л.А. Динамика уровня тревожности у стоматологических больных в периоде постоперационной реабилитации // Вестник новых медицинских технологий. 2015. Т.22, № 3. С. 70–73.
- Митин Н.Е., Родина Т.С., Гришин М.И., Васильева Т.А. Психологическая адаптация пациентов на стоматологическом приеме // В мире научных открытий. 2016. № 11 (83). С. 115–119.
- Наумович С.А. Ортопедическое лечение дефектов коронок зубов искусственными коронками. Минск: БГМУ, 2006. 44 с.
- Панин А.В. Оптимизация глубины препарирования зубов при изготовлении металлокерамических конструкций [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 26 с.
- Шиллинбург Г., Якоби Р., Бракетт С. Основы препарирования зубов для изготовления литых металлических, металлокерамических и керамических реставраций. М.: Азбука, 2006. 300 с.
- Шиллинбург Г., Хобо С., Уитсетт Л., Якоби Р., Бракетт С. Основы несъемного протезирования. М.: Квинтэссенция, 2011. 557 с.

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Митин Н.Е., Перминов Е.С., Перминова Е.А.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
nimitin@yandex.ru

Современная ортопедическая стоматология несёт в себе множество средств, направленных на лечение различных заболеваний зубо-челюстной системы. Однако, даже в современных условиях с применением передовых технологий, осложнения, возникающие в процессе ортопедического пособия, заставляют изменять или отказываться от протезируемой конструкции, а порой проводить повторное протезирование.

Имплантация, как бич современной медицины, воспринимается пациентами определенного рода панацеей при разрешении клинической ситуации. Но, порой, врачи пропускают ряд важных диагностических элементов, направленных на окончательное решение о возможности имплантации, а в некоторых случаях — разрешение сложных клинических осложнений. Не стоит забывать о необходимости проведения первичных исследований, таких как, общий анализ крови и биохимические анализы, в том числе на уровень сахара, коагулограмма, а также исследование иммунного паспорта [Дармограй и др., 2015]. Это позволяет получить данные о состоянии организма пациента и определить успех дальнейшего лечения. При отсутствии данных анализов имплантологи сталкиваются с рядом проблем при имплантации: обильное кровотечение операционного поля ввиду медленного свертывания крови, высокий риск возникновения периимплантитов, либо его первичная неприживаемость, низкая устойчивость имплантатов по причине неэффективности остеоинтеграции, вызванной нарушениями, связанными с некомпенсируемым сахарным диабетом [Митин, 2008]. Все это резко влияет на состояние пациентов и снижает успех имплантации.

Использование хирургических шаблонов при проведении имплантации является шагом к правильному и точному проведению ортопедического пособия с применением имплантатов. Правильное положение осей, а также их тел внутри кости, обеспечит равномерное и рас-

считанное распределение давления [Перминов, 2015]. Пренебрежение использованием хирургических шаблонов накладывает значительные трудности в последующем создании ортопедических конструкций, которые инициируют ряд многочисленных факторов, способствующих развитию осложнений: резкая атрофия кости вокруг имплантатов, вывих имплантата и выход его из кости, резкое снижение устойчивости имплантатов.

Использование микропротезов и штифтовых культевых конструкций продляет срок «жизни» зубам с разрушенной коронковой частью и даёт пациентам уверенность в благоприятном исходе неинвазивного ортопедического лечения. На успех протезирования штифтовыми культевыми вкладками, помимо краевого прилегания и точности конструкции, также влияют тривиальные физические явления отклонения силы и рычагообразных движений. Чтобы учесть физическое взаимодействие, врачи прибегают к изготовлению вкладки максимально возможной длины, чтобы достичь распределения жевательного давления и преодолеть физические эквиваленты. Соотношение длины и толщины штифтовой культевой конструкции должно быть сопоставимо правильным. Однако достижение максимальной устойчивости вкладки в ряде случаев сопоставимо со значительным истончением стенок препарируемого корня в одной точке, либо на некотором протяжении, особенно при отклонении корневого канала внутри корня зуба. В этом случае с течением времени наблюдается разрушение стенки зуба с возникновением периодонтальных или кистозидных явлений в корне данного зуба, что ведет к его удалению.

ЛИТЕРАТУРА

- Дармограй В. Н.* Использование фитосредств в стоматологии: научные достижения кафедр стоматологического факультета / Дармограй В. Н., Морозова С. И., Митин Н. Е., Филимонова Л. Б., Дармограй С. В., Пешков В. А., Гуськов А. В. // Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова, посвященной 65-летию работы университета на Рязанской земле. 2015. С. 370–371.
- Митин Н. Е.* Варианты реабилитации пациентов после хирургической санации полости рта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Воронеж, 2008.
- Перминов, Е. С.* Использование адаптационных механизмов зубочелюстной системы для достижения оптимального распределения жевательного давления // Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста. 2015. С. 193–194.

РОЛЬ СТАБИЛОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ КРАНИОМАНДИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Курчанинова М.Г., Скворцов Д.В., Баклушин А.Е.,
Криштон В.В., Хохлова А.А., Пухова Л.Д.*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
m.kurchaninova@gmail.com

Актуальность: существуют различные точки зрения о возможности и степени влияния нарушений прикуса на управление позой [Таже, Вебер, 2008]. В большинстве исследований, посвященных гипотетическому влиянию окклюзии на постуральный баланс, стабилметрия является основным методом анализа этих взаимосвязей [Цимбалистов, 2011]. Однако в опубликованных работах имеются существенные методические различия, требующие уточнения.

Краниомандибулярная дисфункция проявляется нарушением тонуса жевательных и мимических мышц и других компонентов орофациальной системы, в том числе и височно-нижнечелюстного сустава [Armijo-Olivo et al., 2006; 2011; Baldini, 2013; Bracco, 2004; Hanke, 2007].

Исходя из этого, целью исследования было оценить изменения параметров стабилметрии у здоровых пациентов и пациентов с признаками дисфункции ВНЧС.

Цель исследования: оценить состояние ВНЧС и влияние мандибулярного входа на постуральный баланс методом стабилметрии.

Материалы и методы. Стоматологическое обследование включало осмотр лица с проведением кефалометрии, проведение внешнего осмотра и осмотра полости рта, включая пальпацию ВНЧС и окружающих мягких тканей, аускультацию ВНЧС, а также проведение мануального обследования мышц головы и шейно-плечевой области. У каждого обследованного был определен индекс Helkimo, характеризующий наличие или отсутствие патологии. Стабилметрическое исследование проводилось при помощи стабилметрической платформы «ST-150» («Биомера», г. Москва). Использовалась модифицированная проба Ромберга, оценивающая состояние опорно-двигательного аппарата и влияние состояния зубочелюстного аппарата на функцию равновесия. Исследование включало в себя 4 этапа: обследуемый стоял на

платформе с европейским положением стоп в течение 20 секунд с закрытыми глазами, второй этап был идентичен первому и применялся для проверки корректности обследования, на третьем этапе обследуемого просили сделать жевательные и глотательные движения количеством 4–5 раз. На четвертом этапе разобщали зубные ряды, укладывая на жевательные зубы стандартные стоматологические ватные валики с обеих сторон, затем повторяли вышеуказанный алгоритм. Разобщение зубных рядов на валиках создаёт только ротационное движение суставных головок, активируя мышечный комплекс ЧЛО и выключая проприорецепцию от зубных рядов. Для оценки стабилометрического обследования нами были выбраны следующие параметры: площадь статокинезиограммы — S , мм², скорость перемещения центра давления — v , мм/с, среднее положение центра давления относительно оси X и Y . Статистическая обработка и анализ данных проводились с помощью программ Microsoft Excel 2010, Statistica 6.0.

Результаты. В ходе работы было обследовано 102 здоровых добровольца в возрасте от 18 лет до 25 лет (средний возраст $21,0 \pm 1,3$ года).

Процент обследуемых с ДВНЧС среди женщин составил 33,8%, среди мужчин — 47,1 %.

В результате проведения стабилометрического исследования для параметра площадь статокинезиограммы (S , мм²) были получены следующие данные. У лиц без патологии ВНЧС наблюдаются достоверные различия между средними значениями площади статокинезиограммы всех трех проб ($p < 0,05$), что подтверждает их значимость для данного протокола. Коэффициент корреляции проб друг с другом свидетельствует об отсутствии корреляционной связи, что так же подтверждает изменение показателей от пробы к пробе и доказывает воздействие проводимых тестов на постуральный баланс человека.

1. Площадь статокинезиограммы у женщин и мужчин без ДВНЧС в третьей пробе в среднем в 1,5 раза меньше чем в первой, что говорит об улучшении устойчивости. А в четвертой пробе (при разобщении зубных рядов) — в среднем в 1,2 раза больше чем в третьей, что говорит об ухудшении стабильности по сравнению с третьей пробой.
2. Ухудшение устойчивости у мужчин и женщин с ДВНЧС в третьей пробе: площадь статокинезиограммы в 1,2 раза больше чем в первой. И улучшение стабильности в четвертой пробе в 2 раза по сравнению с третьей.

3. В ходе применения центильного метода были выявлены интервалы значений площади статокинезиограммы (S , мм²) для проведенных стабилметрических тестов у лиц с отсутствием ДВНС. При сравнении данных площади статокинезиограммы у лиц, имеющих ДВНС с значениями в центильных таблицах, мы можем сделать вывод о том, что их показатели, полученные при проведении первой и третьей пробы лежат за пределами диапазона в 25–75 %, что дает основания говорить об эффективности стабилметрии и данного протокола для диагностики краниомандибулярных расстройств у пациентов со стоматологическими заболеваниями.

Показатели скорости перемещения центра давления и среднего положения центра давления достоверно не отличаются во всех трех пробах, что подтверждает неинформативность данных показателей для предлагаемого протокола.

Выводы:

1. Краниомандибулярный вход оказывает существенное влияние на стабильность баланса верхней стойки как в норме, так и у людей с заболеваниями ВНЧС.
2. Реакция на окклюзионную пробу отличается как в норме, так и у людей с патологией ВНЧС.
3. Функциональная реакция со стороны постуральной системы на окклюзионную пробу является разнонаправленной и требует дальнейшего исследования.

ЛИТЕРАТУРА

- Гаже П.-М., Вебер Б.* Постурология. Регуляция и нарушения равновесия тела человека / под ред. Б. И. Усачева СПб.: Издат. дом СПбМАПО, 2008. 316 с.
- Цимбалистов А. В.* и др. Повышение эффективности реабилитации стоматологических больных с применением компьютерной стабилметрии. СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2011. 53 с.
- Armijo Olivo S., Magee D. J., Parfitt M., Major P., Thie N. M. R.* The association between the cervical spine, the stomatognathic system, and craniofacial pain: a critical review // *J. Orofac Pain*. 2006. Vol. 20. P. 271–287.
- Armijo-Olivo S., Rappoport K., Fuentes J. et al.* Head and cervical posture in patients with temporomandibular disorders // *J. Orofac Pain*. 2011. Vol. 25. P. 199–209.
- Baldini A., Nota A., Tripodi D., Longoni S., Cozza P.* Evaluation of the correlation between dental occlusion and posture using a force platform // *Clinics (Sao Paulo)*. 2013. Vol. 68(1). P. 45–49.

- Bracco P., Deregibus A., Piscetta R. Effects of different jaw relations on postural stability in human subjects // Neurosci. Lett. 2004. Vol. 356(3). P. 228–230.
- Hanke B. A., Motschall E., Turp J. C. Association between orthopedic and dental findings: what level of evidence is available? // J. Orofac Orthop. 2007. Vol. 68. P. 91–468.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ МЕТОДОВ АНАЛИЗА ОККЛЮЗИОГРАММЫ

Митин Н.Е., Васильева Т.А., Чекренева Е.Е.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова»,
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
katrinka.chek@gmail.com

Одной из ведущих функций зубочелюстной системы является жевание. Осуществление этого процесса происходит за счет соприкосновения окклюзионных (жевательных) поверхностей при акте жевания. После потери зубов основной задачей ортопедического лечения является не только восстановление эстетики, но и нормализация функций зубочелюстной системы, так как отклонения от физиологической индивидуальной окклюзионной поверхности пациента могут привести к дисфункциям жевательных мышц и серьезным заболеваниям височнонижнечелюстного сустава [Ремизова и др., 2009]. Окклюзионный ландшафт искусственных зубов, как правило, корректируется на дополнительных примерках протеза с помощью окклюзионной бумаги или спрея. Однако данный метод не является объективным, а основывается исключительно на субъективных ощущениях пациента и врача-стоматолога, ориентированного на собственные знания, личный опыт, практику и убежденность [Митин, Набатчикова, Васильева, 2015].

Оригинальная методика исследования окклюзионного ландшафта с применением компьютерного обеспечения позволяет каждому элементу данного ландшафта занять строго определенное место и стать частью сложной системы передачи жевательного давления [Митин и др., 2015].

Цель работы: исследование эффективности методики анализа окклюзионного ландшафта с применением компьютерного обеспечения для предотвращения развития осложнений со стороны височнониж-

нечелюстного сустава и дисфункции жевательных мышц после ортопедического лечения.

Оригинальная программа была разработана на кафедре ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ совместно с кафедрой радиотехнических устройств РГРТУ в среде MATLAB 7.0. Зарегистрирована в Федеральной службе по интеллектуальной собственности «Программа расчета жевательной эффективности по окклюзиограмме пациента» (№ 2016610159). Данная программа основывается на проекционных методах анализа многомерных данных, в качестве основного из которых принят метод проекции на латентные структуры. Она позволяет автоматизировать процедуру оценки жевательной эффективности по окклюзиограмме пациента, а также существенно уменьшить влияние человеческого фактора. В данном методе, процедура проведения прямой жевательной пробы заменяется снятием отпечатка зубов пациента на стандартной пластинке базисного в положении центральной окклюзии. Далее проводится сканирование пластинки на просвет, что дает цифровую окклюзиограмму, представленную в компьютерном графическом формате *.bmp. Файл загружается в упомянутую выше программу для математической обработки (PLS-2). Далее информация, которая содержится в графическом файле цифровой окклюзиограммы, сопоставляется с информацией массива данных, в котором хранится матрица обучающего набора. Последняя — заранее созданные эталонные цифровые окклюзиограммы, соответствующие им значения жевательной эффективности, измеренные одним из известных прямых методов. Спустя несколько секунд после обработки данных, врач получает числовое значение жевательной эффективности, которым может пользоваться для оценки результатов проводимого им протезирования и о необходимости его коррекции [Митин и др., 2016].

Результаты. На этапах и после проведенного ортопедического лечения, нами было протестировано 15 человек, которые ранее были не довольны результатом ортопедического лечения. Повторное лечение и коррекция окклюзионного ландшафта проводились под контролем разработанной программы, с учетом замеренной жевательной эффективности. Таким образом, период адаптации к новым ортопедическим конструкциям удалось значительно сократить и упростить.

Заключение. Полученные результаты доказывают эффективность методики исследования окклюзионного ландшафта с применением компьютерного обеспечения и позволяют предположить, снижение осложнений со стороны височнонижнечелюстного сустава и дис-

функции жевательных мышц, благодаря точно выверенному окклюзионному ландшафту и максимальному восстановлению жевательной эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

- Митин Н. Е., Васильева Т. А., Васильев Е. В. Методика определения жевательной эффективности с применением оригинальной компьютерной программы на основе метода анализа многомерных данных // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2016. № 1. С. 129–132.
- Митин Н. Е., Васильева Т. А., Васильев Е. В., Санферова М. И. Клиническое исследование жевательной эффективности с применением компьютерного анализа окклюзиограмм // Российский стоматологический журнал. 2015. С. 25–27.
- Митин Н. Е., Набатчикова Л. П., Васильева Т. А. Анализ современных методов оценки и регистрации окклюзии зубов на этапах стоматологического лечения // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. 2015. № 3. С. 134–139.
- Ремизова А. А., Акимова М. Ю., Севбитов А. В. Упрощенная методика оценки жевательной эффективности // Пародонтология. 2009. № 4 (53). С. 65–68.

СИНДРОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ

Курчанинова М. Г., Хохлова А. А., Пухова Л. Д.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра стоматологии № 2
m.kurchaninova@gmail.com

Актуальность. Одним из наиболее распространенных патологических состояний, встречающихся в стоматологической практике, является СДВНЧС (синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава), в развитии которого провоцирующим, стимулирующим и/или рецидивирующим этиологическим фактором выступает окклюзионный дисбаланс [Козлов, 2007; Хватова, 2005; Цимбалистов, 2011; Baldini, 2013].

По данным ряда авторов у пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС (височно-нижнечелюстного сустава) имеется нарушение мозговой гемодинамики в виде снижения скоростных параметров крово-

тока с тенденцией увеличения периферического сопротивления гемодинамическому кровотоку, что указывает на взаимосвязь патологии ВНЧС и состояния церебральной гемодинамики [Пузин, 2002]. При этом цереброваскулярные заболевания являются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем [Seligman, 2000; Чабан, 2004]. Расстройства мозгового кровообращения — третья по частоте причина смертности в большинстве развитых стран мира.

Цель исследования. Системный и комплексный анализ состояния челюстно-лицевого аппарата, миофункциональных расстройств, окклюзионно-артикуляционных дисфункций у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями.

Задачи исследования:

1. Оценить распространенность патологии ВНЧС у пациентов с церебральным инсультом в раннем восстановительном периоде, проходящих курс медицинской реабилитации.
2. Выявить и оценить признаки функциональной перегрузки зубов, окклюзионных интерференций и дестабилизации окклюзии на фоне краниомандибулярной патологии.
3. Оценить «тяжесть» болевого синдрома у пациентов с дисфункцией ВНЧС с помощью ВАШ (визуально-аналоговая шкала).
4. Выявить патологические постуральные входы у пациентов с дисфункцией ВНЧС в ходе стабилметрического исследования. Оценить роль мандибулярного постурального входа.
5. Оценить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий у пациентов с дисфункцией ВНЧС.
6. Обосновать более дифференцированный подход к изучению анамнеза заболевания с целью оптимизации программ лечения и реабилитации.

Материалы и методы. В ходе работы было обследовано 117 пациентов в возрасте от 39 лет до 70 лет (средний возраст $59,20 \pm 1,8$ года), в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта головного мозга, которые проходили курс лечения на базе клиники ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России. У 35 пациентов был выявлен синдром болевой дисфункции ВНЧС, что составило 29,9 % от общего числа обследованных.

Критерии включения: жалобы, соответствующие СДВНЧС, одной из степеней дисфункции по индексу Helkimo, нарушение мозгового кровообращения. Критерий исключения: нефиксированные прикусные

взаимоотношения. Было проведено определение стоматологического статуса, которое включало осмотр лица и проведение кефалометрии, пальпацию ВНЧС и окружающих мягких тканей, мануальное обследование мышц головы и шейно-плечевой области, осмотр полости рта, установление степени тяжести дисфункции ВНЧС по индексу Helkimo. Также проводилась стабилметрия («Стабилан-02-1»).

Результаты. По данным опроса аускультации и пальпации выявлены следующие признаки болевой дисфункции ВНЧС: наличие боли при открывании рта и щелчка в области ВНЧС, при пальпации височно-нижнечелюстного сустава (латеральные полюсы при ротации, заднее суставное пространство, основание височно-нижнечелюстной связки).

Проанализировав данные опроса пациентов, было выявлено следующее распределение болей по областям.

Пациенты с церебральным инсультом слева отмечали боли:

- в жевательных мышцах справа — 40 %,
- в шее справа — 60 %,
- в шее слева — 90 %,
- в области лба справа — 80 %,
- в области затылка слева — 30 %.

Пациенты с церебральным инсультом справа отмечали боли:

- в теменной области слева — 60 %,
- в области затылка слева — 10 %,
- в шее слева — 30 %,
- в области лба справа — 40 %,
- в жевательных мышцах слева — 60 %.

Оценка «тяжести» болевого синдрома проводилась с помощью ВАШ. Согласно данным анкетирования, 20 % обследованных пациентов с церебральным инсультом и синдромом болевой дисфункции ВНЧС отмечают сильные головные боли и боли в области лица, 40 % обследованных — умеренные боли и 40 % — легкие боли.

В ходе стабилметрического исследования были получены следующие данные. Выявлено, что у 84,62 % обследованных произошла нормализация коэффициента Ромберга. У пациентов с левосторонним инсультом КР (коэффициент Ромберга) при поступлении в среднем составил 339,9, при выписке — 226, 6. У лиц с расположением очага ишемии головного мозга в правом полушарии коэффициент Ромберга

га при поступлении и при выписке составил соответственно 312,09 и 262,44.

При проведении проб с ротационной провокацией показатели КФР улучшились: у 69 % пациентов при проведении теста с поротом глаз вправо (ГлП), у 77 % при повороте глаз влево (ГлЛ). В пробе с поворотом головы: у 69 % при повороте головы вправо (ГолП) и у 69,23 % при повороте влево (ГолЛ). В пробе с поворотом туловища: у 46,16 % при повороте право (ТулП) и у 61,54 % при повороте влево (ТулЛ). У 61,54 % повысились показатели КФР плантарной пробы (ПТ). Оценка показателей КФР при проведении мандибулярной пробы (Мт) выявила наличие положительной динамики лишь у 23,08 % пациентов. У пациентов с левосторонним инсультом КФР при поступлении в среднем составил 68,6, при выписке — 64,84 в пробе с прямым смыканием зубов (без валиков), и 68,5 и 66,94 в пробе с разобщением прикуса ватными валиками. У пациентов с правосторонним инсультом КФР при поступлении в среднем составил 69,93, при выписке — 69,15 в пробе с прямым смыканием зубов (без валиков), и 71,9 и 74 в пробе с разобщением прикуса ватными валиками. Обнаружены признаки функциональной перегрузки челюстно-лицевого аппарата, выражающиеся в наличии дефектов зубных рядов, рецессий десны, нарушении целостности твердых тканей зубов, таких как патологическая стираемость, абфракционные дефекты и трещины эмали, выявленные у 93,8 % обследованных.

Выводы:

1. В результате клинического изучения окклюзии и артикуляции у пациентов с нарушением мозгового кровообращения были выявлены признаки функциональной перегрузки челюстно-лицевого аппарата у 93,8 % обследованных.
2. При пальпационном исследовании мышц лица, шеи, плечевого пояса была отмечена связь между болевым синдромом и локализацией патологического очага в ЦНС.
3. Результаты стабилметрического обследования указывают на высокую эффективность процесса реабилитации, но на незначительную положительную динамику в мандибулярных тестах, что свидетельствует о целесообразности включения стоматологических лечебно-диагностических манипуляций в реабилитационный процесс у пациентов с инсультом и наличием дисфункции ВНЧС. Это диктует необходимость дифференци-

рованного подхода к изучению анамнеза заболевания с целью оптимизации программ лечения и реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

- Козлов Д. Л., Вязьмин А. Я. Этиология и патогенез синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Сибирский медицинский журнал. 2007. № 4. С. 5–7.
- Пузин М. Н., Вязьмин А. Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. М.: Медицина, 2002. 160 с.
- Хватова В. А. Клиническая гнатология. М.: Медицина, 2005. 294 с.
- Цимбалистов А. В. и др. Повышение эффективности реабилитации стоматологических больных с применением компьютерной стабилометрии. СПб.: Издательство СПбМАПО, 2011. 53 с.
- Чабан А. В., Пономарева И. Г., Тармаева С. В. Распространенность заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у взрослых и детей с патологией прикуса // Всероссийская научно-практическая конференция «Образование, наука и практика в стоматологии»: материалы. М., 2004. С. 283–284.
- Baldini A., Nota A., Tripodi D., Longoni S., Cozza P. Evaluation of the correlation between dental occlusion and posture using a force platform // Clinics (Sao Paulo). 2013. Vol. 68(1). P. 45–49.
- Seligman D. A., Pullinger A. G. Analysis of occlusal variables, dental attrition, and age for distinguishing healthy controls from female patients with intracapsular temporomandibular disorders // J. Prosthet Dent. 2000. Vol. 83, N 1. P. 76–82.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ У ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ Г. РЯЗАНИ

Тихонов В. Э., Митин Н. Е.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова»,
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
fridlynd@mail.ru

В 2016 г. было проведено обследование школьников г. Рязани, выявившее высокую распространенность аномалий зубочелюстной системы. В результате его, было установлено что в группах младшего школьного возраста, она достигала 97 %, т.е. почти каждый ребенок имел ту или иную аномалию положения зубов и прикуса. Выявленные показатели являются весьма тревожным фактом и заставляют обратить пристальное внимание причины формирования такого сто-

матологического статуса с тем чтобы в дальнейшем сформировать наиболее оптимальную стратегию профилактики и лечения данных аномалий. Необходимым условием для формирования основных направлений по профилактике аномалий зубов и прикуса, является понимание структуры заболеваемости [Алимский, 2002].

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры зубочелюстных аномалий у школьников в возрасте 7, 8, 9, 10, 11 лет, что соответствует периоду сменного прикуса.

Материал и методы исследования. Было осмотрено 1066 школьников одного из районов города Рязани в возрасте от 7 до 16–18 лет. Обследование проводилось по методике ЦНИИС (А.И. Рыбаков, 1964). Для выполнения указанной задачи, была сделана выборка карт требующих для анализа возрастов (7, 8, 9, 10, 11 лет), всего 416 человек (табл. 1).

Таблица 1. Количество школьников 7, 8, 9, 10, 11 лет, обследованных в 2016 г.

Возраст	7	8	9	10	11
Всего обследованных	47	110	66	106	87

Результаты и их обсуждение. В результате обследования школьников г. Рязани неприятным сюрпризом оказалось то что в сменном прикусе была выявлена высокая распространенность зубочелюстных аномалий (ЗЧА), достигающая в возрасте 9 лет $97,0 \pm 2,09\%$. Конечно, тот факт, что, начиная с 10-летнего возраста, она начинает снижаться, не может не радовать, но преобладание аномалий прикуса, среди аномалий зубочелюстной системы настораживает. В данном случае, в большинстве возрастных групп, аномалии прикуса практически в 2 раза превосходят распространенность аномалий положения зубов, что говорит о серьезных проблемах с стоматологическим здоровьем детей и необходимости принимать меры к срочному лечению и особенно профилактике ЗЧА среди школьников (табл. 2).

Среди всего числа аномалий положения зубов, такой их вид как диастема, тремы занимают небольшую часть, в 7 лет — $10,70 \pm 4,50\%$, в 8 лет — $8,20 \pm 2,6\%$, в 9 лет — $7,60 \pm 3,26\%$, в 10 лет — $3,80 \pm 1,85\%$ и в 11 лет — $4,60 \pm 2,24\%$. Это в 2–3 раза меньше, чем количество остальных аномалий зубов, требующих более сложного лечения, но оно является необходимым в подавляющем большинстве случаев (табл. 3).

Распространенность дистального прикуса преобладает в большинстве возрастных групп: 8 лет — $50,90 \pm 4,76\%$, 9 лет — $39,40 \pm 6,01\%$,

Таблица 2. Распространенность аномалий зубочелюстной системы среди школьников 7, 8, 9, 10,11 лет г. Рязани

Возраст	Аномалии прикуса	Аномалии положения зубов	Распространенность зубочелюстных аномалий
7	51,0±7,29 %	29,8±6,67 %	80,8±5,74 %
8	60,0±4,67 %	23,6±4,04 %	83,6±3,53 %
9	63,6±5,92 %	33,3±8,80 %	97,0±2,09 %
10	41,5±4,78 %	21,7±4,00 %	63,2±4,68 %
11	28,7±4,84 %	20,7±4,34 %	49,4±5,36 %

Таблица 3. Распространенность и структура аномалий положения зубов у школьников 7, 8, 9, 10, 11 лет г. Рязани

Возраст	Всего обследованных	АПЗ+диастема тремы	АПЗ	Диастема тремы
7	47	14	9	5
		29,80±6.67 %	19,10±5,73 %	10,70±4,50 %
8	110	26	17	9
		23,60±4,04 %	15,40±3,44 %	8,20±2,6 %
9	66	22	17	5
		33,30±8,8 %	25,70±5,37 %	7,60±3,26 %
10	106	23	19	4
		21,70±4,00 %	17,90±3,72 %	3,80±1,85 %
11		18	14	4
		20,70±4,34 %	16,10±3,99 %	4,60±2,24 %

10 лет — 22,60±4,06 % и 11 лет-10,30±3,25 % и только в 7-летнем возрасте, глубокий прикус занимает первое место(31,90±6,79 %). Такая ситуация далеко не всегда является показанием для ортодонтического лечения, так как возможно наступление саморегуляции в связи с до-прорезыванием постоянных моляров верхней и нижней челюсти. С дистальным прикусом ситуация более сложная. В большинстве случаев, данный вид аномалии, связан с патологией опорно-двигательной и дыхательной системы, что требует комплексного подхода с привле-

чением профильных специалистов при оказании помощи таким больным [Хорошилкина, 2006; Перов, Левенец, Россиев, 2011]. Количество таких тяжёлых патологий как открытый и мезиальный прикус не очень велико и они встречаются не во всех возрастных группах. Их распространённость составляет: в 8 лет открытый прикус — $5,40 \pm 2,15\%$, мезиальный — $2,70 \pm 1,54\%$; в 9 лет открытый прикус — $7,50 \pm 3,24\%$, мезиальный не выявлен; в 10 лет — $1,90 \pm 1,32\%$ и $1,00 \pm 0,96\%$ соответственно; в 11 лет открытый прикус — $2,30 \pm 1,60\%$, мезиальный прикус не выявлен (табл. 4).

Таблица 4. Распространённость и структура аномалий прикуса у школьников 7, 8, 9, 10, 11 лет г. Рязани

Возраст	Аномалии прикуса + АПЗ	АПЗ + глубокий прикус	АПЗ + дистальный прикус	АПЗ + мезиальный прикус	АПЗ + открытый прикус	АПЗ + перекрестный прикус
7	24	15	9			
	$51,00 \pm 7,29\%$	$31,90 \pm 6,79\%$	$19,10 \pm 5,73\%$			
8	66	25	31	3	6	1
	$60,00 \pm 4,67\%$	$22,70 \pm 3,99\%$	$50,90 \pm 4,76\%$	$2,70 \pm 1,54\%$	$5,40 \pm 2,15\%$	$0,90 \pm 0,9\%$
9	42	11	26		5	
	$63,60 \pm 5,92\%$	$16,70 \pm 4,59\%$	$39,40 \pm 6,01\%$		$7,50 \pm 3,24\%$	
10	44	17	24	1	2	
	$41,50 \pm 4,78\%$	$16 \pm 3,86\%$	$22,60 \pm 4,06\%$	$1,00 \pm 0,96\%$	$1,90 \pm 1,32\%$	
11	25	14	9		2	
	$28,70 \pm 4,84\%$	$16,10 \pm 3,94\%$	$10,30 \pm 3,25\%$		$2,30 \pm 1,60\%$	

Заключение. Государственная стоматологическая помощь в настоящее время переживает сложные времена, недостаточное материальное обеспечение, уход наиболее квалифицированных кадров в частные стоматологические структуры не мог не оказать отрицательного влияния на качество оказываемой помощи. И особенно это коснулось стоматологической помощи детскому населению. За последнее время практически исчезли школьные стоматологические кабинеты, которые играли роль первичных пунктов лечения и профилактики заболеваний зубов. Здесь также происходило выявление и ортодонтической патологии с дальнейшим направлением к врачу-стоматологу-орто-

донту. Конечно, в настоящее время ортодонтическое лечение является достаточно дорогостоящей процедурой, но раннее выявление тяжелой патологии, её лечение и предотвращение развития деформаций челюстей, возникающих после ранней потери временных зубов, явилось бы весьма важным для улучшения стоматологического здоровья подрастающего поколения. Особенно если эти мероприятия проводились бы на государственном уровне и были бы бесплатными, а значит доступными для большинства детского населения. Полученные нами данные, красноречиво свидетельствуют о насущной необходимости появления программ, направленных на раннее выявление и лечение вышеуказанной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

- Алимский А.В. Возрастная динамика роста распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы среди дошкольников и школьников // Стоматология. 2002. № 5. С. 67–71.
- Перов Е.Г., Левенец А.А., Россиев Д.В. Сравнительный анализ показателей уровня стоматологического здоровья у детей и подростков с различным соматическим статусом // Ортодонтия. 2011. № 1(53). С. 4–8.
- Хорошилкина Ф.Я. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, миофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. М.: Мединформ, 2006. 544 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Шишкина В.И.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра стоматологии детского возраста
angella-volgograd@yandex.ru

Воспалительные заболевания челюстных костей у детей являются одним из распространенных видов патологии в практике детской челюстно-лицевой хирургии. Актуальность проблемы определяется увеличением количества пациентов с данной патологией, неблагоприятными исходами. К возможным причинам развития данной ситуации можно отнести: несовершенство иммунной системы, гормональ-

ную перестройку в различные возрастные периоды, повышение числа аллергических заболеваний, снижением общего уровня здоровья детей с данной патологией. [Воспалительные заболевания..., 1998; Хирургическая стоматология..., 2005]. Определенную роль в повышении распространенности одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области играют такие факторы, как снижение объема и качества лечебно-профилактической работы в стоматологических школьных кабинетах, трудность обследования и лечения детей раннего и дошкольного возраста, недостатки системы диспансеризации, неверный методологический подход к лечению кариеса зубов и его осложнений в детском возрасте [Фоменко и др., 2015]. В то же время своевременная и верная диагностика воспалительного заболевания, выбор места и тактики лечения во многом предупреждают развитие серьезных осложнений, угрожающих жизни ребенка [Стоматология детская, 2009].

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения детей с острыми одонтогенными воспалительными процессами челюстных костей у детей, находящихся на амбулаторном лечении.

Материал и методы. На базе ДКСП №2 нами было проведено обследование и лечение 73 пациентов от 3 до 18 лет с острыми одонтогенными воспалительными процессами. Все они обращались в клинику по экстренным показаниям, после клинико-рентгенологического обследования и постановки диагноза получали адекватное лечение.

Мы считаем обоснованным выделить все формы воспалительных заболеваний костной ткани у детей (периостит, остит, остеомиелит острая и хроническая форма), учитывая возможность торпидного течения и быстрого перехода из одной формы в другую.

Клиническая эффективность лечения определялась по динамике субъективных и объективных симптомов заболевания.

Учитывая морфо-функциональные изменения, происходящие в организме ребенка на различных этапах его развития, дети были распределены на следующие возрастные периоды: от 1 до 3 лет; 4–6 лет; 7–10 лет, 11–14 лет, 15–18 лет.

Результаты исследования. Среди детей, обратившихся в детскую стоматологическую поликлинику по поводу острого периостита челюстных костей, преобладали мальчики 65,5 % (38), девочки составили 34,5 % (20).

Проведенное исследование позволило установить, что по поводу периостита обращались, чаще всего, дети в возрасте 4–6 и 7–10 лет

(31 % и 32,7 % случаев соответственно). Реже периостит развивался у детей в возрасте 1–3 лет (3,5 %), 11–14 лет (13,8 %) и 15–17 лет (19,0 %). Среди детей, обратившихся по поводу периостита, жители сельской местности преобладали над жителями города (55,2 % и 44,8 %) различия были наиболее выражены среди детей младше 7 лет (80 % и 20 % соответственно). У детей раннего и дошкольного возраста причинными зубами развития периостита были только молочные зубы (моляры — 84 %, резцы — 16 % случаев). У школьников в возрасте 7–10 лет молочные моляры были причинными зубами в 89,5 % случаев, постоянные первые моляры — в 10,5 % случаев. У школьников 11–14 лет молочные зубы были причиной периостита в 25 % случаев, постоянные — в 75 % случаев. В возрасте 15–17 лет причиной периостита были только постоянные зубы (в основном моляры, реже премоляры и резцы). Зубы нижней челюсти становились причиной периостита в 2,2 раза чаще, чем зубы верхней челюсти (69 % и 31 % случаев). Эта закономерность прослеживалась как для молочных зубов (66,6 % и 33,3 %), так и для постоянных зубов (73,7 % и 26,3 % соответственно).

Большинство (72,4 %) зубов, которые вызвали развитие периостита, ранее не подвергались лечению.

Таким образом, наиболее восприимчивыми к развитию периостита являются дети дошкольного и младшего школьного возраста. Проживание детей в сельской местности повышает вероятность отсутствия лечения зубов и развития острых воспалительных процессов в челюстно-лицевой области.

Более половины родителей отметили, что не занимались плановой санацией своих детей, а обращались за помощью только в случае появления острой зубной боли.

На основании проведенного исследования было установлено, что наиболее тяжелое и длительное течение заболевания наблюдалась у детей с отягощенным преморбидным фоном. Родители этих детей отмечали: общую алергизацию организма, частые воспалительные процессы, заболевания верхних дыхательных путей (более 4 раз в году), сопутствующие заболевания.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что наиболее уязвимыми являются дети дошкольного и младшего школьного возрастов. Особое внимание следует уделять профилактике кариеса и его осложнений в молочных зубах, так как их поражаемость значительно выше постоянных, и они чаще становятся причиной развития осложнений.

Для повышения качества дифференциальной диагностики, прогноза клинического течения и адекватно проводимого лечения острых одонтогенных воспалительных процессов челюстных костей у детей необходимо учитывать совокупность клинических проявлений, преморбидный фон, данные рентгенологического исследования

На основании вышеизложенного, представляется целесообразным к мерам профилактики одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей отнести следующие мероприятия: включить в план диспансеризации детей обязательные ежегодные стоматологические осмотры и кариеспрофилактические процедуры; восстановить в полном объеме плановую санацию полости рта в организованных детских коллективах. Усилить пропаганду в обществе здорового образа жизни, направленного на сохранение и укрепление стоматологического здоровья, особенно среди родителей детей раннего и дошкольного возраста, среди школьников.

ЛИТЕРАТУРА

- Воспалительные заболевания ЧЛО у детей / под ред. В.В.Рогинского. М.: Детство-миздат, 1998. 255 с.
- Стоматология детская. Хирургия / под ред. С.В.Дьяковой. М., 2009. С. 118–123.
- Фоменко И. В., Маслак Е. Е., Яновская М. Л., Касаткина А. Л., Фурсик Д. И., Каменнова Т. Н. Профилактика одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей // Сб. трудов науч.-прак. конференции, посвящ. 80-летию Волгоградского государственного медицинского университета. 2015. С. 251–254.
- Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста / под ред. Л. В. Харькова. М.: Книга плюс, 2005. 470 с.

ЛДФ-МЕТРИЯ КАК ДОКАЗАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Камилов Х. П., Тахирова К. А., Каххарова Д. Ж., Кадырбаева А. А.

Ташкентский Государственный стоматологический институт,
кафедра Госпитальная терапевтическая стоматология
kamolaxon.abrorovna@gmail.com

Нарушения микроциркуляции являются важным звеном в патогенезе многих заболеваний и патологических процессов слизистой обо-

лочки полости рта. Реализация механизмов воспаления происходит при непосредственном участии системы микроциркуляции вне зависимости от этиологии заболевания [Камилов, 2002]. Исходное состояние микрососудистого русла, наличие и степень выраженности нарушений микроциркуляции во многом определяют характер течения воспалительного процесса и сроки эпителизации на слизистой оболочке полости рта, поскольку именно микроциркуляторная система обеспечивает метаболический гомеостаз в органах и тканях [Козлов, 2012; Microcirculation, 2008].

В исследовании микроциркуляции крови важное значение имеют различные функциональные пробы, провоцирующие направленные изменения тканевого кровотока и степень напряжения его регуляторных механизмов. Они позволяют оценить как резервы системы, так и реактивность микрососудов и степень вовлечения их в реакции. Применяемые в настоящее время для тестирования состояния микроциркуляции функциональные пробы, в зависимости от задач исследования можно разделить на пять основных групп.

Первую группу составляют пробы, основанные на вызываемом эффекте вазоконстрикции, что позволяет, прежде всего, определить активацию адренергического звена в регуляции микрососудов. К этой группе относятся наиболее распространенная и сравнительно легко выполняемая проба с задержкой дыхания (или тест Вальсальвы), холодовая проба и когнитивный тест. Близко к этим тестам стоит постуральная (или ортостатическая) проба, связанная с изменением положения тела или конечностей. Постуральные пробы позволяют оценить реактивность сосудов венозного звена и, возникающую после их переполнения кровью, веноартериальную констрикторную реакцию.

Вторую группу составляют пробы, основанные на эффекте вазодилатации. Среди них наиболее распространена тепловая проба, при которой осуществляется локальный нагрев тканей в исследуемой области до 40–42 °С, что приводит к локальной тепловой гиперемии. Возникающая при этом вазодилатация есть следствие активации холинергического звена в регуляции тканевого кровотока.

В третью группу входят пробы, связанные с временной окклюзией регионарных сосудов, приводящей к локальной гиперемии. При этом различают венозную окклюзию, основанную на кратковременном (30–60 с) выключении венозного оттока по регионарным сосудам, в результате чего развивается венозная гиперемия с последующей

веноартериальной реакцией. Артериальная окклюзия может выполняться в двух режимах. При кратковременном (30–60 с) пережатии магистральных сосудов возникает реактивная гиперемия — это вазомоторный тест. При длительной артериальной окклюзии (3 мин) возникает постишемическая гиперемия, в большей мере обусловленная эндотелий зависимой дилатацией микрососудов.

Четвертую группу составляют пробы с дозированной физической нагрузкой, динамического или статического характера. Возникающие при этом констрикторные или дилататорные реакции микрососудов отражают характер перераспределения крови при развитии рабочей гиперемии в мышцах.

В последнюю, пятую, группу входят различные медикаментозные пробы, основанные на дозированном применении вазоактивных препаратов. Эти пробы позволяют оценить индивидуальную чувствительность микрососудов к тем или иным препаратам в зависимости от фармакокинетического механизма их действия [Козлов, 2006; Тихонова и др., 2010; Vascular endothelium..., 2004].

На сегодняшний день биомикроскопическая техника и лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) являются основными методами оценки микроциркуляции в клинической практике. Биомикроскопические исследования позволяют визуализировать морфо-функциональное состояние микрососудов, реологию крови и внесосудистые изменения.

ЛДФ-метрия позволяет выявить нормативные параметры микроциркуляции в различных анатомо-топографических зонах слизистой оболочки рта, характерные для обследованной возрастной группы. Анализ микроциркуляции в симметричных точках слизистой оболочки рта показывает невысокую степень асимметрии у здоровых лиц. По данным амплитудно-частотного анализа ЛДФ-грамм в слизистой оболочке полости рта в норме доминирующим компонентом ритмических составляющих колебаний тканевого кровотока является вазомоторный ритм [Козлов и др., 2001; Крупаткина и др., 2005].

Показания к использованию медицинской технологии локальных расстройств микроциркуляции у больных с заболеваниями слизистой оболочки рта:

- выявление системных и регионарных нарушений вазомоторной функции эндотелия.
- оценка эффективности коррекции нарушений микроциркуляции.

Противопоказаний для применения метода нет. Метод нетравматичен и безвреден для больного.

Приведенный выше обзор методов обследования показателей микроциркуляции является необходимым при составлении плана лечения заболеваний пародонта и слизистой полости рта, а также прогнозировании исхода лечения.

Выводы. Исходное состояние микрососудистого русла, наличие и степень выраженности нарушений микроциркуляции во многом определяют характер течения воспалительного процесса и сроки эпителизации на слизистой оболочки полости рта, поскольку именно микроциркуляторная система обеспечивает метаболический гомеостаз в органах и тканях. Для объективного анализа состояния микроциркуляторной системы слизистой оболочки рта, а также оценки комплексной терапии воспалительно-деструктивных заболеваний целесообразно проводить функциональные методы исследования

ЛИТЕРАТУРА

- Камилов Х.П. Клинико-патогенетические аспекты комбинированной лазеротерапии больных с пародонтитами: автореф. дис. ... д-ра мед.наук. Ташкент, 2002. 25 с.
- Козлов В.И. Расстройства тканевого кровотока: патогенез, классификация и коррекция // Ангиология и сосудистая хирургия. 2006. Т. 12 (прилож.). С. 3–4.
- Козлов В.И. Развитие системы микроциркуляции. М., 2012. 328 с.
- Козлов В.И., Мач Э.С., Литвин Ф.Б. и др. Метод лазерной доплеровской флоуметрии: пособие для врачей. М., 2001. 22 с.
- Крупаткина А.И., Содорова В.В. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови. М.: Медицина, 2005.
- Тихонова И.В., Танканаг А.В., Чемерис Н.К. Возрастные особенности динамики амплитуд колебаний кровотока кожи в процессе постокклюзионной реактивной гиперемии // Физиол. чел. 2010. № 35 (2). С. 114–120.
- Microcirculation. Handbook of physiology / eds. R.F.Tuma, W.N.Duran, K.Ley. Academic Press, 2008.
- Vascular endothelium in human physiology and pathophysiology / eds. P.J. T. Vallance and D.J. Webb. Taylor&Francis e-Library, 2004.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ

Махсумова С. С., Мухамедова М. С.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,
кафедра Детской терапевтической стоматологии,
кафедра Профилактики стоматологических заболеваний
bek98.00@mail.ru

На сегодняшний день в клинике детской терапевтической стоматологии трудно найти другую патологию слизистой оболочки полости рта, которая подобна острому герпетическому стоматиту (ОГС), требует к себе столь пристального внимания и широкого изучения [Климова и др., 2005; Лукиных, 2001; Казанцева и др., 2011]. Распространенность ОГС среди детей от года до четырех лет составляет 80 % от всех заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР). Вирус простого герпеса I типа, первично инфицировав организм ребенка пожизненно персистирует в нем, несмотря на присутствие в последующем специфических антител [Елизарова и др., 2009; Климова, 2005; Мухамедов и др., 2016]. Ни одна инфекция не имеет такого многообразия клинических проявлений, как герпес. Распространение вируса в организме происходит гематогенным, лимфогенным, нейрогенным путем. Частота первичной герпес вирусной инфекции возрастает у детей после 6 месяцев жизни, когда полученные от матери антитела исчезают. Нередко герпес вирусные инфекции встречаются и у новорожденных детей.

По данным Т. К. Белой, герпес вирусная инфекция диагностируется у 8 % новорожденных с общесоматической патологией и у 11 % недоношенных детей. Решение проблемы диагностики и лечения герпес вирусной инфекции с проявлениями на СОПР — это одна из важнейших задач практической медицины.

Цель данной работы: изучить эффективность препарата «Дехосан» при остром герпетическом стоматите у детей.

Терапия герпес вирусной инфекции предполагает комплексное воздействие, как на причину, так и на звенья патогенеза и симптомы заболевания.

Материалы и методы: под наблюдением находились 48 детей с острым герпетическим стоматитом тяжелой формы в возрасте от

1 до 4 лет и 12 здоровых детей сопоставимого возраста, которые составят контрольную группу для изучения микробиологических исследований полости рта.

24 ребенка 1-й группы получают на фоне общего лечения традиционное лечение: обработка полости рта фурацилином (1:5000), аппликация 3 % ацикловира, препарат наносили на слизистую оболочку полости рта в количестве с горошину.

24 ребенка 2-й группы на фоне общего лечения проводили обработку СОПР раствором «Дехосан», аппликация 3 % ацикловиром.

«Дехосан» — антисептик, 1 мл раствора содержит 0,2 мг диметоксина.

Действие «Дехосан» обусловлено действующим веществом декаметоксин и заключается в повышении проницаемости микробной клетке и её деструкции: инактивации экзотоксина, угнетении синтеза белка, микроорганизмов и их делении одним из главных преимуществ «Дехосан» является то, что он действует только на микробные клетки и не действует на клетки человека.

Декаметоксин — это ПАВ (поверхностное активное вещество) действие которое обусловлено нарушение целостности.

Клеточная стенка микроорганизмов состоит из коротких липидных цепочек, которое быстро разрушаются под воздействием «Дехосан».

Клеточная стенка в человеческой клетке состоит из длинных липидных цепочек, на которые молекула декаметоксина не действует.

Дополнительно этот препарат обладает местным противовоспалительным, десенсибилизирующим, обезболивающим действием.

Результаты и обсуждения. У детей определяли микрофлоры ротовой жидкости до и после лечения, количество лактобактерий, пептострептококки, золотистые стафилококки, грибы рода Кандида.

У детей до лечения были получены следующие результаты: количество лактобактерий уменьшается до $3,15 \pm 0,1$ КОЕ/мл, количество пептострептококков увеличивается до $4,17 \pm 0,21$ КОЕ/мл, золотистые стафилококки — $3,45 \pm 0,19$ КОЕ/мл, грибы рода Кандида — $3,11 \pm 0,11$ КОЕ/мл.

На 4–5-е сутки у пациентов 1-й группы отмечается уменьшение кровоточивости десен, эпителизация наступает на 4-е сутки после лечения. Афты эпителизовались медленнее, лимфатические узлы уменьшались на 5–6-е сутки, выздоровление наступала на 7–8-е сутки.

Улучшается и микробиологические показатели: количество лактобактерий увеличивалось до $5,09 \pm 0,25$ КОЕ/мл, количество пептострептококков уменьшалось до $3,92 \pm 0,19$ КОЕ/мл, золотистые стафилококки уменьшались $1,42 \pm 0,06$ КОЕ/мл, грибы рода Кандида — $1,88 \pm 0,07$ КОЕ/мл.

Результаты исследований во 2-й группы показали, что лечение оказывает выраженное антисептическое, противовоспалительное действие, облегчилось удаление налетов с афт, стимулирует эпителизацию элементов, что подтвердилось данными объективного исследования. Клинически регистрировалось достоверное снижение болевого синдрома.

На этапе динамического наблюдения в процессе лечения практически у всех пациентов отмечалась выраженная тенденция к быстрому исчезновению отека и уменьшению кровоточивости в области очага воспаления. Купирование болевого синдрома наступает раньше на 1–2 дня, эпителизация очагов поражения — на 2–3 дня, продолжительность лечения было короче на 2–3 дня.

Результаты микробиоценоза полости рта после лечения препаратом «Дехосап» были лучше, как количество количество лактобактерий увеличивалось до $6,03 \pm 0,17$ КОЕ/мл, количество пептострептококков увеличивалось до $6,17 \pm 0,25$ КОЕ/мл, золотистые стафилококки уменьшались до $0,33 \pm 0,11$ КОЕ/мл, грибы рода Кандида — до $1,44 \pm 0,09$ КОЕ/мл.

Результаты исследований микробиоценоза полости рта до лечения показали, что у всех больных ОГС были изменения в соотношении представителей нормальной микрофлоры, снижение количество представителей нормальной флоры за счет увеличения титров патогенных видов.

Микрофлора в процессе лечения претерпевает позитивные сдвиги особенно во 2-й группе. Отмечается высоко-позитивное действие на качественные показатели факультативной флоры, самым важным является полная элиминация микробов с агрессивными свойствами.

Таким образом, для лечения ОГС с образованием эрозий и афт эффективно назначение противомикробного препарата «Дехосап», так как, он не оказывает побочных эффектов, хорошо переносится пациентами, сокращает стадии клинических проявлений реконвалесценции, восстанавливает нормальную микрофлору полости рта. «Дехосап» можно рекомендовать при заболеваниях СОПР у детей, не только вирусного происхождения, но и при любых заболеваниях, где имеются эрозии, язвы и афты.

ЛИТЕРАТУРА

- Елизарова В. М., Дроботько Л. Н., Страхова С. Ю. Применение имудона при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта // Человек и лекарство: Рос. нац. конгр. М., 2009. С. 254.
- Казанцева И. А., Смоленов И. В., Белан Э. Б., Антонов Ю. В. Современные методы диагностики и лечения больных с герпетической инфекцией полости рта // Стоматол. дет. возраста и профилактика. 2011. № 1. С. 42–44.
- Климова Т. А., Антонова Н. И. Гуморальный иммунитет к гомологическим и типовым штаммам вируса простого герпеса при герпетическом стоматите // Совр. методы диагн. и леч. основных стоматол. забол.: сб. науч. тр. М., 2005. С. 45–49.
- Климова Т. А., Антонова Н. И. Гуморальный иммунитет к гомологическим и типовым штаммам вируса простого герпеса при герпетическом стоматите // Совр. методы диагн. и леч. основных стоматол. забол.: сб. науч. тр. М., 2005. С. 45–49.
- Лукиных Л. М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Н. Новгород. 2011. С. 57–72, 142–159.
- Мухамедов И. М. и др. Клиническая микробиология. Ташкент, 2016.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ СИНДРОМЕ ШЕГРЕНА И БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Селифанова Е. И., Симонова М. В.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»
ГУ Институт Ревматологии РАМН
selifana@mail.ru

Этиология болезни Шёгрена (БШ) и синдрома Шёгрена (СШ) до настоящего времени неизвестна. Кардинальным морфологическим признаком болезни или синдрома является поражение слюнных и слезных желез, в основе которого лежит лимфоплазмноклеточная инфильтрация, разрушающая паренхиму и протоки железы. В клинической картине болезни Шегрена ведущими стоматологическими признаками является ксеростомия II, III степени, хронический паренхиматозный паротит выраженной и поздней стадии, сухой кератоконъюнктивит, гиполакримия II, III степени, гипосекретцией слизистых оболочек.

Наряду с болезнью Шёгрена (изолированный первичный синдром Шёгрена в зарубежной литературе) выделяют синдром Шёгре-

на, сопутствующий ревматоидному артриту, ревматизму, системной красной волчанке, системной склеродермии, дерматомиозиту, хроническому активному гепатиту, билиарному циррозу печени, аутоиммунному тиреоидиту, при котором может быть наличие стоматологических и офтальмологических признаков заболевания [Пажарицкая, 2000; Симонова, 1982; Гусейнова и др., 1978]. Клинически патологический процесс проявляется сухостью слизистых оболочек полости рта (ксеростомией I, II степени), незначительной сухостью конъюнктивы (ксерофтальмией), хроническим паренхиматозным паротитом начальной стадии [Пажарицкая, 2000; Симонова, 1982].

Целью данной работы явилось изучение состава микрофлоры слизистой полости рта у пациентов с синдромом Шегрена и болезнью Шегрена в зависимости от стадии заболевания.

Материалы и методы исследований. В институте Ревматологии РАМН обследованы 200 человек с установленным диагнозом БШ и СШ. Основным методом исследования стал метод бактериологического изучения поверхностей слизистой оболочки щек, языка, подъязычной области. Микробиологическую оценку проводили по показателям количественных параметров обсеменённости (Ig CFU) и частоты выявления условно патогенных и патогенных видов микроорганизмов.

Результаты исследования

Результаты микробиологических исследований пациентов с синдромом Шегрена:

- грибы рода *Candida* — 10^7 ·КОЕ/мл;
- *Streptococcus* sp. 10^8 ·КОЕ/мл;
- *Staphylococcus aureus* 10^8 ;
- *Citobacter freundii* до 10^7 ·КОЕ/мл;
- *Neisseria subflava* до 10^6 ·КОЕ/мл.

Результаты микробиологических исследований пациентов с болезнью Шегрена:

- *Klebsiella pneumoniae* 10^8 ·КОЕ/мл;
- *Staphylococcus aureus* до 10^8 ·КОЕ/мл;
- *Enterococcus faecalis* 10^8 ·КОЕ/мл;
- *Candida krusei* 10^8 ·КОЕ/мл;
- *Neisseria subflava* 10^8 ·КОЕ/мл;
- *Acinetobacter baumannii* 10^7 ·КОЕ/мл;
- *Candida albicans* 10^8 ·КОЕ/мл.

У пациентов с синдромом Шегрена и болезнью Шегрена происходят существенные качественные и количественные сдвиги в составе микрофлоры полости рта, а именно — микрофлора, взятая со слизистой оболочки полости рта, у данной группы больных отличается от микрофлоры практически здоровых лиц превалированием условно патогенных и патогенных видов, обнаруживаемых в избыточном количестве у 100 % обследованных (*Staphylococcus aureus* (стафилококк золотистый) до 10^8 CFU/ml). *S. aureus* может бессимптомно размножаться на коже, слизистых оболочках, в пазухах носа, на волосах и ногтях. Он может служить причиной острых и хронических гнойных инфекций.

Стрептококки группы D (по Lancefield) представлены энтерококками (*S. faecalis*, *S. faecium*, *S. durans*), также обнаружены у 100 % обследованных. Они часто служат причиной инфекции мочевых путей у больных и более чем в 10 % случаев относятся к этиологическим факторам бактериального эндокардита.

Грибы рода *Candida* выявлены также у 100 % пациентов в диагностически значимом количестве (10^8 CFU/ml), а у 40 % пациентов обнаружены два вида — *Candida albicans* и *Candida krusei*. Известно, что вид *Candida krusei* обладает выраженной устойчивостью к современным противогрибковым препаратам (кетоконазолу, итраконазолу, флюконазолу).

Таким образом, состав микробной флоры при БШ существенно отличается от состава микробной флоры при СШ превалированием, более патогенных видов микроорганизмов. При повышении степени ксеростомии, развивается дисбиоз с высоким уровнем колонизации слизистой полости рта, патогенными видами микроорганизмов. Выявленная нами категория микроорганизмов может вызывать и поддерживать гнойный процесс на слизистой полости рта, давать обострения хронических паротитов у больных БШ и СШ. И усугубляет течение основного заболевания. Что обосновывает необходимость совершенствования комплекса мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у этой категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- Гусейнова Т. Г., Бажанов Н. Н., Насонова В. А. Челюстно-лицевая область и коллагеновые заболевания. Баку, 1978.
- Пажарицкая М. М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твердых и мягких тканях полости рта. Ксеростомия: метод. пос. для препода-

вателей и студентов стоматологических факультетов, врачей-стоматологов. М., 2000. С. 30.

Симонова М. В. Болезнь и Синдром Шёгрена, клиника, диагностика, лечение поражения слюнных желез и полости рта: дис. ... канд. мед. наук. М., 1982.

МИКРОБИОЦЕНОЗ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ГРИБКОВОМ ПОРАЖЕНИИ И ДИСБИОЗЕ ПОЛОСТИ РТА

Юсупалиходжаева С. Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт,
кафедра факультетской терапевтической стоматологии
syx76.76@mail.ru

В последнее время наблюдается увеличение числа болезней, вызываемых условно патогенными грибами. Среди них ведущее место занимает кандидоз полости рта. В работах [Бейбулатов, 2014; Чепуркова и др., 2009] акцентируются, но роль дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

Слизистая оболочка полости рта и ткани пародонта подвергаются специфической грибковой патологией в связи с неправильным выбором антибактериальной терапии, что ведет в свою очередь к развитию дисбиоза и иммуноспецифическим ситуациям различного генеза [Недосеко и др., 2009; Canabarro et al., 2013].

На слизистой оболочке рта и кожных покровах обитают различные виды дрожжеподобных грибов в виде сапрофитов. Патологические изменения чаще всего вызывают *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida pseudotropicalis*, *Candida krusei*, *Candida guilliermondii*.

Кандидоз полости рта в большинстве случаев вызывает *C. albicans*. Этот вид возбудителя обнаруживается в полости рта у около 60 % здоровых взрослых, чаще у женщин и курящих мужчин. Другие виды кандид составляют от 10 до 20 % всех случаев орального кандидоза. На втором месте находится *C. glabrata*, особенно у пожилых пациентов. Реже встречаются *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*. При кандидозе полости рта у ВИЧ-инфицированных, больных сахарным диабетом и онкологических больных чаще появляются редкие виды кандид — *C. sake*, *C. rugosa* и др.

При бактериологическом обследовании пациентов с хроническим пародонтитом было обнаружено при посевах рост грибов *Candida* в 70 % случаях. При этом обнаружено 74 % *Candida tropicalis*, 8 % *Candida albicans*, 4 % *Candida krusei*, 2 % *Candida guilliermondi* [Бейбулатов, 2014; Canabarro et al., 2013].

Грибы рода *Candida* вырабатывает ряд токсинов (кандидотоксин, кардиотоксин, шемолитический фактор), которые оказывает отрицательные свойства на метаболические процессы в организме. При этом отмечаются: дискомфортные ощущения в области живота, неприятный запах изо рта, тошнота, головная боль, головокружение, раздражительность, бессонница.

Грибы рода *Candida* — условно патогенная флора. Человек может быть лишь их носителем долгое время. По данным исследования профессора Р.Ребровой, у 30 % практически здоровых лиц обнаруживают грибы в объеме до 1×10^3 КОЕ/мл. При наличии клинической картины это обозначает либо кандидоносительство, либо кандидоз легкой степени. При средней степени заболевания культуральное исследование обнаруживает до 1×10^4 КОЕ/мл грибов, тяжелой — выше 1×10^5 КОЕ/мл (при наличии клинической картины).

Грибы рода *Candida* обладают адгезивностью к эпителиальным клеткам. Прикрепление к слизистой оболочки является одним из условий для дальнейшей инвазии микроорганизма в подлежащие ткани. Выявлена четкая корреляция между способностью гриба к адгезии и его вирулентностью [Бейбулатов, 2014; Lalla et al., 2013].

Одной из наиболее частых локализаций кандидозной инфекции является ротовая полость (орофарингеальный кандидоз, молочница ротовой полости). Орофарингеальный кандидоз характеризуется поражением слизистой щек, неба, зева, языка, десен, углов рта. Заболевание начинается с гиперемии слизистой оболочки, позже появляются единичные или множественные точечные налеты белого цвета, чаще творожистого характера, они могут сливаться, образуя более крупные очаги. Налеты при соскабливании легко отделяются, при длительном существовании (более 3 месяцев) становятся плотными, а при отторжении образуются эрозии и эрозивные поверхности. При хроническом течении на слизистой оболочке щек наряду с обычными налетами образуется участки ороговения серовато-белого цвета, напоминающие лейкоплакию. В углах рта появляются трещины с мацерацией рогового слоя эпидермиса. Субъективно больных беспокоит жжение, болезненность при приеме пищи. В системе МКБ-10 поверхностные

формы кандидоза помещены в разделе В37 (кандидоз). Термин «поверхностный кандидоз» объединяет поражения видимых слизистых оболочек, кожи и ее придатков, вызванные грибами *Candida* [Lalla et al., 2013]. Сюда входят кандидоз полости рта (В37.0), кандидоз кожи и ногтей (В37.2), вульвовагинальный кандидоз (В37.3) и кандидоз других урогенитальных локализаций (В37.4). В практическом отношении это те формы кандидной инфекции, которые требуют обращения к дерматологу (гинекологу, урологу). Поверхностными формами кандидной инфекции являются также кандидные кератиты, блефариты, наружные отиты. Одна из особенностей поверхностных форм кандидоза — их более однородная этиология [Canabarro et al., 2013].

Если при глубоком и диссеминированном кандидозе более редкие виды *Candida* в настоящее время могут вызывать до половины случаев инфекции, то при инфекциях кожи и слизистых оболочек доля этих видов остается незначительной.

Таким образом, совокупная встречаемость потенциально устойчивых видов *Candida glabrata* и *Candida crusei* не превышала 3 %. Лидирующая триада чувствительных видов *Candida albicans*, *Candida parapsilosis* и *Candida tropicalis* составила более 95 % этиологии кандидоза всех локализаций. Эти данные свидетельствуют о низком риске исходной устойчивости клинических штаммов *Candida species* к современным антимикотикам, в частности, флюконазолу. Таким образом, спектр активности препарата достаточно широк для современной этиологии кандидоза.

ЛИТЕРАТУРА

- Бейбулатов Г.Д. Совершенствование диагностики и лечения хронического генерализованного пародонтита, ассоциированного с кандидозной инфекцией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2014. 22 с.
- Недосеко В.Б., Чеснокова М.Г., Чепуркова О.А., Комлева А.С. Распространенность грибковой флоры и особенности микробиоценоза у лиц с интактным пародонтом и с хроническими воспалительными заболеваниями пародонта // Пародонтология. 2009. № 1. С. 60–65.
- Чепуркова О.А., Чеснокова М.Г., Недосеко В.Б. Обоснование использования антисептических препаратов в комплексном лечении пациентов с ХГП и обсемененностью биотопа пародонтального кармана *Candida* // Пародонтология. 2009. № 2 (51). С. 34–38.
- Canabarro A., Valle C., Farias M.R. et al. Association of subgingival colonization of *Candida albicans* and other yeasts with severity of chronic periodontitis // Periodontal Res. 2013. Vol. 48, N 4. P.428–432.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА

Юсупалиходжаева С. Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт,
кафедра Факультетской терапевтической стоматологии
syx76.76@mail.ru

Кандидоз слизистой оболочки полости рта и губ относится к одному из наиболее распространенных заболеваний в стоматологии. Частота выявления грибковой микрофлоры увеличилась от 5,77 % до 52,1 % [Бекжанова, 2015; Baelum, Lopez, 2013]. При ретроспективном анализе частоты распространенности кандидоза выявляется резкое увеличение его доли (более 30 %) среди других нозологических форм заболеваний слизистой оболочки полости рта. Это объясняется тем, что кандидоз развивается на фоне определенных изменений организма человека, различных патологических состояний, а также вследствие неблагоприятных воздействий (применение цитостатиков, антибиотиков, гормональных препаратов, увеличения радиационного фона и др.) [Мелехов, 2007; Baelum, Lopez, 2013; Lalla et al., 2013].

Установлена прямая зависимость между кандидозом полости рта и дисбактериозом кишечника [Бекжанова, 2015; Lalla et al., 2013].

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения кандидоза полости рта, протекающего на фоне дисбактериоза кишечника.

Материалы и методы исследования. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа (контрольная) 10 больных получала общепринятое лечение; 2 группа (основная) 12 больных получали наряду со стандартной терапией антимикотический препарат ФЛУНОЛ в дозе 50 мг 1 раз в 14 дней. У пациентов с кандидозом полости рта, признаками иммунной недостаточности в комплексное лечение включена иммуноткорригирующая терапия с использованием препарата Имудон (по

6 таблеток в день с интервалом 2 часа в течение 10 дней) и пробиотика «Narine» (по 2 таблетки 3–4 раза в день в течение 10–14 дней).

При клиническом осмотре полости рта у больных установлено наличие белого налета на слизистой оболочке десен и языка, небных дужек и щек. После проведенного лечения отмечалось достоверные результаты во II группе пациентов. Отмечалось исчезновение жалоб на жжения, зуд, обложенность слизистой оболочки полости рта. Улучшилось самочувствие и работоспособность пациента.

Результаты и обсуждение. Клиническое улучшение состояния тканей полости рта, опосредовано эрадикацией грибковой микрофлоры, так и проведенной комплексной терапией с использованием препарата Имудон и пробиотика «Narine».

ЛИТЕРАТУРА

- Бекжанова О.Е. Клиническая эффективность флунола в комплексном лечении пародонтита, ассоциированного с кандидозной инфекцией // *Stomatologiya*. 2015 (59,60). № 1–2. С. 39–43.
- Мелехов С.В. Роль дрожжеподобных грибов рода *Candida* в развитии патологии пародонта // *Маэстро*. 2007. № 2. С. 72–75.
- Baelum V., Lopez R. Periodontal disease epidemiology — learned and unlearned? // *Periodontal-2000*. 2013. Vol. 62, N 1. P. 37–58.
- Lalla R. V., Patton L. L., Dongarri-Bagtzoglou A. Oral candidiasis: pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and treatment strategies // *J. Calif. Dent. Assoc.* 2013. Vol. 41, N 34. P. 263–268.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «АФС-Д» ДЛЯ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Пурсанова А.Е.

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра пропедевтической стоматологии
pursanova@mail.ru

Анализ эпидемиологических исследований, проведенных в последнее время в том числе и в Нижегородской области, свидетельствует о том, что среди всех заболеваний слизистой оболочки полости рта

и красной каймы губ наиболее распространенными являются предраковые заболевания, что требует от врачей-стоматологов, в первую очередь, онкологической настороженности, диагностической точности и знания клинической картины заболеваний слизистой оболочки рта (СОР). В структуре заболеваний СОР лидирует плоский лишай, лейкоплакия и хроническая травма [Гажва и др., 2016].

В свою очередь поиск новых современных скрининговых методов выявления предраковых заболеваний СОР является актуальным, несмотря на наличие зарубежных приборов, таких как Vizilite plus и Vel Score [Гажва и др., 2016].

Высокую чувствительность в обнаружении предрака и ранних форм рака слизистых оболочек полых органов показал метод аутофлюоресцентной диагностики (АФД), основанный на различиях в интенсивности и спектральном составе аутофлюоресцентного излучения нормальной и патологической ткани [Гажва и др., 2016; Крихели и др., 2016].

Аутофлюоресцентная диагностика — это современный неинвазивный метод исследования слизистых оболочек, используемый с целью ранней диагностики предраковых и раковых изменений.

Физический принцип метода основан на возбуждении собственной флуоресценции (аутофлюоресценции) слизистой оболочки посредством света из синей зоны оптического спектра (375–440 нм). С этой целью используют специальные источники света, такие как ксеноновая лампа или полупроводниковый лазер. Известно, что аутофлюоресценция здоровых тканей наблюдается в зеленой части спектра в диапазоне от 470 до 800 нм. Разница в длине волны между светом возбуждения (синим) и эмитируемым светом позволяет выявить флуоресценцию.

Как показали клинические исследования, в месте перерождения эпителия наблюдается резкое уменьшение интенсивности аутофлюоресцентного излучения на фоне окружающей здоровой ткани. Этот эффект получил название эффекта «темного пятна», в связи с тем, что эпителий предраковых и злокачественных образований излучает свечение меньшей интенсивности, чем эпителий нормальной слизистой оболочки. Разница между аутофлюоресценцией новообразований и нормального эпителия вызвана изменениями в физическом строении ткани, изменениями в объеме циркулирующей крови, содержания в ткани флуоресцирующих веществ [Булгакова и др., 2012; Булгакова и др., 2015; Shingaki S. et al., 2003].

В процессе онкогенеза происходят значительные изменения в свойствах тканей, в результате чего флуоресцентная картина трансформируется. В клетках злокачественных опухолей вследствие более высокой скорости метаболизма наблюдаются изменения в процессе окисления, т. е. накапливаются нефлуоресцирующие формы энзимов, вызывая снижение интенсивности света.

В связи с этим **целью** нашего исследования явилась оценка АФС-Д в диагностике и эффективности лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки рта.

Материал и методы. На базе кафедры пропедевтической стоматологии в течение 2016 г. обследовано 68 пациентов с предраковыми заболеваниями СОР в возрасте 41–72 лет. Из них с плоским лишаем эрозивно-язвенной формой 31 человек, с экссудативно-гиперемической формой — 23 больных, 6 — с буллезной формой, а также с веррукозной лейкоплакией — 6 человек, у 2 пациентов выявлен и позднее верифицирован плоскоклеточный рак СОР.

Нами для онкоскрининга слизистой оболочки рта был использован отечественный комплект АФС-Д, который состоит из аппарата медицинского назначения АФС-400 (регистрационное удостоверение № ФСР 2011/106669) и специально подобранных светофильтров. Аппарат АФС-400 включает светодиоды с длиной волны излучения 400 ± 10 нм. Входящие в состав комплекта специальные очки позволяют визуально наблюдать возникающее излучение и выявлять очаги аномального свечения.

Все пациенты были обследованы на первичном приеме, по окончании лечения и каждые 3–6–12 месяцев.

Результаты. При освещении светодиодным аппаратом АФС-400 здоровая слизистая оболочка щеки, мягкого и твердого неба, языка имела зеленое свечение.

Очаги воспаления (пародонтиты, гингивиты) имели красное свечение, обусловленное наличием эндогенных порфиринов как продуктов жизнедеятельности патогенной микрофлоры.

Эндогенное флуоресцентное свечение очагов веррукозной лейкоплакии и плоского лишая значительно отличалось от свечения здоровой слизистой оболочки. Очаги предрака визуализировались в виде темных участков, без видимого свечения, а папулы имели более яркое белое свечение. У двух пациентов с морфологически подтвержденным плоскоклеточным раком слизистой оболочки щеки очаги имели неоднородное яркое красное или бурое свечение.

По завершении комплексного лечения заболеваний слизистой оболочки рта все пациенты были также обследованы с помощью прибора АФС-Д. При этом очаги плоского лишая типичной формы имели зеленое свечение, а папулы, образующие характерный рисунок, имели более четкую визуализацию. После хирургического лечения веррукозной лейкоплакии и карциномы слизистой оболочки щеки не наблюдалось красного и бурого свечения, а рубцы имели бело-голубую флуоресценцию, что подтверждало эффективность проведенной терапии.

Данный факт, по нашему мнению, является важным для дальнейшего наблюдения и диспансеризации пациентов с предраковой и онкологической патологией и позволяет проводить диагностику, уточнить площадь локализации патологического процесса, а также использовать для верификации эффективности лечения.

Выводы. Аппарат АФС-Д отличается надежностью и простотой в эксплуатации, для его применения не требуется дорогостоящих реактивов и комплектующих.

Использование флуоресцентной диагностики СОР позволяет обнаруживать различия в свечении здоровой слизистой оболочки рта и патологических очагов и на основании наблюдаемых различий выявлять патологические очаги.

Следовательно, данная методика может быть рекомендована для скрининга, подтверждения эффективности лечения и диспансеризации больных с заболеваниями слизистой оболочки рта.

ЛИТЕРАТУРА

- Булгакова Н. Н., Позднякова Т. И., Смирнова Ю. А., Волков А. Е. Возможности аутофлуоресцентной спектроскопии в выявлении предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта // Инновационная стоматология. 2012. № 1. С. 58–60.
- Булгакова Н. Н., Волков Е. А., Позднякова Т. И. Аутофлуоресцентная стоматоскопия как метод онкоскрининга заболеваний слизистой оболочки рта // Российский стоматологический журнал. 2015. № 1. С. 27–30.
- Гажва С. И., Дятел А. В., Худошин С. В. Структура стоматологической заболеваемости слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ // Современные проблемы науки и образования [Электрон. журнал]. URL: <https://science-education.ru/>. 2016.
- Крихели Н. И., Булгакова Н. Н., Позднякова Т. Ю., Прокудина Е. Ю. Результаты аутофлуоресцентной стоматоскопии плоского лишая как скрининговый метод выявления предраковых и раковых изменений // Российская стоматология. 2016. № 9(4). С. 13–17.
- Shingaki S., Takada M., Sasai K. et al. Impact of lymph node metastasis on the pattern of failure and survival in oral carcinomas // Am. J. Surg. 2003. Vol. 185. P. 278–284.

ОЦЕНКА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ В ПОЛОСТИ РТА У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НА НЕСЪЕМНОЙ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ТЕХНИКЕ (пилотное исследование)

Соколович Н.А., Рябишк И.В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»,
кафедра стоматологии
cotedeazur@gmail.com

Кариес зубов является одним из наиболее распространенных стоматологических заболеваний в РФ. Для оценки динамики развития заболевания используются различные показатели распространенности и интенсивности кариеса, которые используют для определения в ключевых возрастных группах (6, 12, 15, 35–44, 65 лет и старше). В сравнительных исследованиях, как правило, используют и анализируют данные обследования подростков 12 лет по показателю интенсивности кариеса (КПУ). Самыми информативными являются данные, полученные в результате национальных эпидемиологических обследований разных возрастных групп населения, но анализ ряда научных исследований позволяет увидеть картину изменений, происходящих в эпидемиологии кариеса зубов в отдельных странах и в том числе РФ [Лунева, 2009].

В Российской Федерации результаты национальных стоматологических обследований показали, что с 1998 по 2008 г. интенсивность кариеса у подростков 12 лет снизилась с 2,91 до 2,51. Однако во многих регионах показатели остались на достаточно высоком уровне: КПУ 3,32–3,94 (города Петрозаводск, Глазов, Лабытнанги, Воткинск, Ханты-Мансийск, Сургут, Верхний Уфалей, Архангельск, Волгодонск, Кузнецк); КПУ 4,20–4,96 (города Чебоксары, Майкоп, Красноярск, Арсеньев, Артём, Санкт-Петербург (Кировский район), Беслан, Томск, пос. Вурнары (Чувашия), пос. Светлый Яр (Волгоградская область), с. Усть-Кулом (Республика Коми), Захаровский район (Рязанская область)); КПУ 5,12–6,22 (города Смоленск, Заднепровский район, Асино и Колпашево, Сарапул) [Лунева, 2009; Стоматологическая заболеваемость..., 1999; Стоматологическая заболеваемость..., 2009].

Однако, определение интенсивности кариеса (КПУ) проводилось у пациентов, которые не лечились на несъемной ортодонтической технике, и у данной группы не проводилась оценка деминерализации

эмали. Деминерализация эмали — обратимый процесс, на который желательно воздействовать для предотвращения развития кариеса. Поэтому для пациентов, которые лечатся на несъемной ортодонтической технике проблема возникновения кариеса и деминерализации зубов так же весьма актуальна и требует более детального рассмотрения.

Деминерализация эмали в виде белых пятен (поверхностный кариес) является серьезным осложнением во время ортодонтического лечения. По данным исследования Tufekci и др. [Tufekci et al., 2011] превалирование очагов деминерализации отмечается на уровне 38 % после 6 месяцев лечения на брекет-системе, и 46 % после 12 месяцев в сравнении с контрольной группой 11 %.

У ортодонтических пациентов увеличивается риск появления белых пятен из-за наличия вокруг брекета большого количества ретенционных пунктов, которые способствуют скоплению большого количества мягкого зубного налета.

Соблюдение гигиены полости рта, ограничение потребления пищи с большим количеством углеводов, регулярное применение средств профилактики — все это способствует снижению рисков образования очагов деминерализации.

Из профилактических средств можно выделить фтор-лаки для применения в клинике и для использования пациентами самостоятельно. Существует риск не соблюдения или нарушения протокола применения при домашнем использовании, так как пациенту достаточно сложно обеспечить удобный доступ в полость рта и провести изоляцию от слюны перед проведением процедуры. Невыполнение этих требований снижает эффективность применения домашних фтор лаков. Использование же процедуры покрытия лаком в клинике обеспечивает полностью соблюдение протокола применения этого средства под контролем врача.

Таким образом, вопросы профилактики кариеса эмали весьма актуальны для пациентов, которые лечатся на не съемной вестибулярной технике и для тех кто планирует лечение.

Цель: оценка деминерализации эмали в полости рта у ортодонтических пациентов при лечении на несъемной вестибулярной технике в сравнении с пациентами, которые не проходят ортодонтическое лечение.

Материалы и методы: 13 пациентов от 11 до 16 лет (5 мальчиков и 8 девочек), 6 из них с зафиксированной ортодонтической вестибу-

лярной несъемной аппаратурой, 8 — без брекет-системы. Основные критерии выбора: постоянные зубы до первых моляров на верхней и нижней челюсти, отсутствие кариеса на вестибулярной поверхности всех зубов, исключены некариозные поражения, пациенты клинически здоровы. Все пациенты участвовали в анкетировании (как часто чистят зубы в день, и как долго), после проводилось окрашивание зубов красителем Miradent Plaque Agent, оценка индекса Грина-Вермильона, определение КПУ, далее каждому пациенту проводилась чистка зубов щеткой средней жесткости и измерение деминерализации эмали аппаратом DIAGNOdent Pen 2190(KaVo). DIAGNOdent Pen очень чувствительный прибор, который использует лазер 1В с длиной волны 655nm. Лазер был откалиброван согласно инструкции для каждого пациента по 21 зубу, и измерения проводились в 3 положениях (мезиально, дистально, окклюзионно).

Результаты. Все результаты фиксировались единожды, во время осмотра. Пациенты, которые проходят лечение на несъемной технике и чистят зубы 2 раза в день (83 %), остальные (17 %) 1 раз в день, похожая картина отмечается и у тех кто не лечится на брекет-системе (71 % и 29 % соответственно). Время чистки зубов у пациентов с несъемной техникой составляет $3,83 \pm 1,54$ минуты, в то время как у пациентов без $2 \pm 1,63$. Индекс КПУ для пациентов, которые лечатся на несъемной технике $1,5 \pm 1,59$, у тех, кто не лечится, — $3,86 \pm 2,5$, а индекс Грин-Вермильона составил $0,72 \pm 0,56$, и $1,20 \pm 0,35$ соответственно.

У 4 (66 %) пациентов, проходивших лечение на несъемной вестибулярной технике, отмечается значительная деминерализация эмали в области контактных пунктов.

Заключение. Пациенты, которые проходят лечение на несъемной ортодонтической технике не выполняют рекомендации врачей-стоматологов ортодонтов, о необходимости чистить зубы каждый раз после еды.

Различие в индексах КПУ и Грина-Вермильон обусловлено временем, которое тратит пациент на чистку зубов, и требует более тщательного рассмотрения.

Наличие деминерализации в области контактных пунктов у 66 % пациентов проходящих лечение на несъемной технике обусловлено трудным доступом для пациента, и не использованием ершика при чистке.

Данное исследование демонстрирует, что очаги деминерализации являются серьезной проблемой при ортодонтическом лечении на ве-

стибулярной технике и требует более подробного исследования. Для того чтобы снизить риск появления белых пятен как на верхней челюсти, так и на нижней необходимо разработать протокол профилактики ортодонтических пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- Лунева Н.А. Социологический анализ мотивации родителей к профилактике стоматологических заболеваний у детей // Стоматология детского возраста, 2009. Vol. 2.
- Стоматологическая заболеваемость населения России / под ред. Э.М. Кузьминой. М.: Информэлектро, 1999. 228 с.
- Стоматологическая заболеваемость населения России / под ред. Э.М. Кузьминой. М.: МГМСУ, 2009. 236 с.
- Tufekci E., Dixon J. S., Gunsolley J. C., Lindauer S. J. Prevalence of white spot lesions during orthodontic treatment with fixed appliances // Angle Orthod. 2011. Vol. 81. P. 206–210.

LOW INTENSITY LASER FOR DENTAL TISSUE DEMINERALISATION

Elena S. Sergeeva, Luidmila A. Ermolaeva

Saint Petersburg State University, the School of Dentistry and Medical Technologies,
Department of Dental Therapy
Dr.sergeeva.elena@gmail.com

It is known that the integrity of the protein matrix, the size and intensity of demineralization, composition and properties of oral fluid, as well as remineralisation therapy itself effects the probability of demineralization decurrence [Бутвиловский и др., 2011].

For the hard tooth tissue demineralization prevention and treatment along with traditional methods, the use of low-intensity laser radiation (LIL) was widely used.

The goal of the work in question is to assess LIL impact on dental tissue and its coverage in the scientific literature, based on works of several of authors.

Sources and methodology comprise publications of Russian and international authors on LIL impact on dental tissue over the last 10 years. e-library, scholar.google, pub.med, journal «Laser in Medical Science» are the data bases used for literature search.

According to the research, in order to prevent dental tissue demineralisation, LIL can be applied to the enamel directly, or indirectly (via pulp), or via activating the remedy after it is applied to the tissue [Кашников, 2014].

LIL is applied to dental tissues using IR laser of 0.1–100 mW power.

In terms of quantum theory of chemical bonds, anticarious LIL impact on the enamel is based on photons affecting the enamel crystal structures. Deploying fluorides to increase caries resistance is based on chemical reactions of electron transfer. Electron can be also transferred by means of physical impact, i. e. by a stream of photons generated by a laser. First, LIL thickens the enamel crystal structures. Second, it reduces enamel permeability. Activated remineralisation, thickened crystal structure and reduced permeability increase enamel micro-hardness and decrease its solvability, that influence enamel resistance [Mintz, Berg, 1995].

IR laser applied to dental tissue causes conformational restructuring of enamel protein matrix, that in turn accelerates metabolic and diffusion processes, improving penetration of fluoro ions into enamel and in general improves enamel functionality. Therefore, combination of LIL and simultaneous application of fluorinated composition fluorinated composition to the tooth is optimal to provide fluoro ions penetration into enamel in order to increase carious resistance.

LIL affects the tooth pulp primarily by stimulating microcirculation and activating odontoblast functions. Stimulation of haemocirculation stimulates the pulp tissue pressure and strengthens osmotic currents that activate circulation of dental and enamel fluids, thus improving dental tissue metabolism [Ковалева и др., 2013; Логинова, Троицкая, 2006; Жижина, и др., 2002].

According to the literature research, LIL prevents dental tissue demineralisation only under particular combination of irradiation parameters that vary from author to author.

A number of authors suggest using LIL both as an independent method and in combination with other fluorine remedies. Comparative analysis was carried out against the methods not involving LIL. Therefore, lack of unbiased comparative assessment of LIL anticarious impact depending on wave length and irradiation parameters make this issue worth of research.

To conclude, despite positive LIL impact on dental tissue demineralisation is reported by a number of authors, some mechanisms of LIL application are still ambiguous. Protocols of LIL application to dental tissue, depending on the wave length, should be developed, as well as an effective method of preventing dental tissue demineralisation.

REFERENCES

- Бутвиловский А. В., Барковский Е. В., Кармалькова И. С. Химические основы реминерализации и деминерализации эмали зубов // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2011. Вып. 1, т. 10.
- Жижина Н. А., Прохончуков А. А., Колесников А. Г. Альтернативные способы профилактики и лечения кариеса зубов с применением лазерного излучения // Стоматология. 2002. № 5. С. 29–35.
- Кашиников П. А. Применение гидроксиапатита и лазерного излучения для профилактики осложнений при ортопедическом лечении дефектов зубов и зубных рядов несъемными протезами: автореф. дис.канд. мед. наук. М., 2014.
- Ковалева М. С., Фадеев Р. А., Прошина Л. Г. Морфологическое исследование тканей зуба при лечении глубокого кариеса с применением дентин-герметизирующей жидкости и низкоинтенсивного лазерного излучения // Институт Стоматологии. 2013. № 4(61). С. 50–51.
- Логинова Н. К., Троицкая Т. В. Лазерная доплеровская флоуметрия пульпы зуба (обзор литературы) // Институт Стоматологии. 2006. №4. С. 37–39.
- Mintz R. I., Berg D. B. Structure controlling in molecular heterophase system // Blomedical Application of Lasers / ed V. A. Serebryakov. SPIE Proceedings, 1995. V. 2769. P. 71–74.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ СЛОЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Анастас Н. В., Ермолаева Л. А., Зубарева А. А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
кафедра терапевтической стоматологии
Apanas-2006@yandex.ru

Задачей исследования является демонстрация выбора метода лучевой диагностики в сложных клинических случаях, встречающихся на амбулаторном стоматологическом приеме врача-стоматолога общей практики, с целью повышения качества оказания медицинской помощи.

Самым распространенным видом оказания стоматологической помощи населению в Санкт-Петербурге, в частности, и в России в целом является амбулаторная поликлиническая стоматологическая помощь, которая имеет ряд специфических особенностей.

Во-первых, это большой поток пациентов с разной стоматологической патологией.

Во-вторых, технические ограничения возможности полноценного обследования пациента для диагностики сложных клинических случаев. Особенно часто с этим сталкиваются врачи стоматологи на хирургическом приеме.

Одним из качественных показателей работы врача стоматолога общей практики на хирургическом приеме является ранняя правильная диагностика заболеваний и своевременная госпитализация.

Согласно литературным данным, доля радикулярных кист от общего числа одонтогенных кист составляет 80–90 % и по частоте занимает первое место среди других новообразований челюстей [Баллон и др., 1979]. У мужчин и женщин встречается примерно в одинаковом соотношении.

Радикулярная киста возникает при наличии хронического воспалительного процесса, после некроза пульпы, на фоне апикального воспалительного процесса (чаще хронического гранулематозного периодонтита), после травматических повреждений [Робустова, 2003]. Клиническое течение чаще всего (вне инфицирования и нагноения, т.е. обострения) бессимптомное и обнаруживается случайно при рентгенологическом обследовании по другому поводу. Образуются радикулярные кисты из эпителиальных островков Малассе [Паслер, Виссер, 2007].

Радикулярные кисты небольшого размера могут быть обнаружены на прицельной внутриротовой рентгенограмме, которую чаще всего используют для диагностики на стоматологическом амбулаторном приеме.

Радикулярные кисты увеличиваются в размере медленно и чаще всего бессимптомно. При росте они смещают соседние структуры. Строение окружающих структур и агрессивность воспалительного процесса определяют тот факт, будут ли соседние структуры резорбироваться, частично резорбироваться или только смещаться [Паслер, Виссер, 2007]. Когда размеры кисты достигают больших размеров, пациента начинает беспокоить наличие выбухания наружной стенки.

Чаще всего пациенты обращаются уже на стадии обострения, когда появляются симптомы интоксикации, ухудшения общего самочувствия, могут возникнуть явления периостита, регионарного лимфаденита и другие симптомы, сопровождающие острый воспалительный процесс.

Рентгенологически радикулярным кистам присущи следующие основные признаки:

- очаг деструкции костной ткани округлой (овальной) формы с четкими границами;
- очаг может быть однокамерным или иметь несколько камер;
- в очаге определяется корень «причинного» зуба.

К сожалению, диагностика радикулярной кисты большого размера по прицельной внутриротовой рентгенограмме вызывает значительные затруднения и, не редко, является не информативной.

Ортопантомография доступна не во всех амбулаториях. Ортопантомограмма имеет плоскостное, статичное изображение, наложение друг на друга последовательно расположенных деталей и искажение предмета по величине; также на достоверность и информативность изображения оказывают влияние проекционные искажения и суммационная теневая картина анатомических деталей [Петрикас, Малинин, 2002; Аржанцев и др., 2009; Трутень, 2010; Pasler, Visser, 2007; Тамасханова, 2014].

Бесспорно, самым точным диагностическим методом является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), которая дает представление о взаиморасположении радикулярной кисты, причинного зуба, соседних структур и их деформации, показывает реальные размеры кисты и ее пространственное расположение. Но, на сегодняшний день, использование КЛКТ в амбулаторной стоматологической практике является ограниченным и избирательным из-за экономической составляющей исследования и отсутствия алгоритмов обследования с применением конусно-лучевой томографии.

Трудности диагностики радикулярной кисты в условиях амбулаторной стоматологической помощи можно рассмотреть на следующем клиническом примере.

На хирургический прием к врачу стоматологу обратился пациент с жалобами на отечность десны в области моляров верхней челюсти слева и «припухлость» левой щеки. Температура тела 37,1°.

При осмотре выявлено: лицо симметричное, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации.

В полости рта: зубы 2.5 — кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, в пульпарной камере пломбировочный материал. Зуб 3.6 — под пломбой. В области проекции верхушек корней инфильтрат, гиперемия и отечность по переходной складке. Перкуссия слабо болезненная, пальпация в области инфильтрата болезненная, флюктуирует.

Проведена диагностическая внутриротовая рентгенография, на которой зубы 2.5 и 2.6 после эндодонтического лечения, в корневых каналах прослеживается тень пломбировочного материала на всем протяжении корневых каналов, пространство периодонтальной связки четко не прослеживается (качество рентгенограммы), изменения костной ткани в области верхушки корня визуально не определяются. В области зубов 2.5, 2.6, 2.7 определяется участок сниженной плотности кости.

Был поставлен предварительный диагноз. Для уточнения диагноза была проведена ортопантомография, на основании данных которой так же невозможно было уточнить диагноз.

После оказания неотложной помощи пациент направлен на диагностическую КЛКТ для постановки окончательного диагноза, определения «причинного» зуба и выбора правильной тактики лечения.

По результатам КЛКТ стало очевидно, что причинным зубом является зуб 2.6, так как в области верхушки корня зуба 2.6 визуально определяется просветление, соответствующее деструкции костной ткани, с четкими контурами округлой формы, размером $2.2 \times 1.5 \times 2.0$ см, кортикальная пластинка нижней стенки левого верхнечелюстного синуса в области проекции деструкции сохранена на всем протяжении, отмечается изменение ее конфигурации и усиление плотности рисунка окружающих тканей, определяющееся как образование округлой формы, выступающее в просвет синуса.

Благодаря высокой информативности КЛКТ стала возможной постановка правильного окончательного диагноза: «радикулярная киста от зуба 2.6. в стадии обострения», четко определены размеры кисты и ее отношения к соседним структурам и их вовлеченность в патологический воспалительный процесс.

Возможности КЛКТ определяют необходимость применения данного лучевого исследования в повседневной практике. Использование в стоматологии конусно-лучевой компьютерной томографии по лучевой нагрузке на пациентов сопоставимо с ортопантомографией, но при этом позволяет изучать зону интереса в различных ракурсах [Васильев, 2010; Серова, 2010; Estrela et al., 2008; Miles, 2008] и в полном объеме.

На основании вышесказанного очевидно преимущество и диагностическая ценность трехмерного лучевого метода обследования (КЛКТ) по сравнению с двухмерными методами для диагностирования радикулярных кист, особенно крупных, их соотношения с со-

седними структурами, размерами и т.д. Своевременная ранняя диагностика, несомненно, является очень важным критерием для постановки правильного диагноза, назначения соответствующего лечения и профилактики осложнений. Это позволит повысить качество оказываемой стоматологической помощи на амбулаторном приеме.

ЛИТЕРАТУРА

- Баллон Л. Р., Дунаевский В. А., Соловьев М. М., Криволицкая Е. Г., Муковозов И. Н., Орлов В. С., Шеломенцев Ю. А. Хирургическая стоматология. М.: Медицина, 1979.
- Паслер Ф. А., Виссер Х. Рентгенодиагностика в практике стоматолога / пер. с нем.; под общ. ред. Н. А. Рабухиной. М.: Медпресс-информ, 2007. 352 с.
- Рабухина Н. А., Аржанцев А. П. Рентгенодиагностика в стоматологии. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003.
- Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина, 2003.
- Чибисова М. А., Зубарева А. А., Холин А. В., Кайзеров Е. В., Чарьев Р. Х. Клинико-рентгенологические особенности радикулярных кист нижней челюсти // Научно-практический журнал Институт Стоматологии. № 4 (73), декабрь 2016. С. 30–33.
- Васильев А. Ю., Лежнев Д. А. Лучевая диагностика повреждений челюстно-лицевой области: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 80 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

Лукичёв М. М., Ермолаева Л. А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
кафедра терапевтической стоматологии
m.lukichev@spbu.ru

Основным средством для лечения воспалительных заболеваний пародонта, согласно рекомендациям Стоматологической Ассоциации России, являются антисептические средства. Кроме них, при необходимости, рекомендуется использование противомикробных средств (Постановление № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года). Но так, как эти средства не обладают избирательностью действия, они подавляют и облигатную микрофлору, вместе с её полезными свойствами (стимуляция развития лимфоидной ткани, антагонистическое

воздействие на патогенную микрофлору, поддержание физиологического воспаления и готовности к иммунным реакциям, и пр.).

Так же пародонтологи все чаще отмечают рост числа пациентов с лекарственной непереносимостью, развитие таких побочных эффектов и осложнений противомикробной терапии, как аллергические и дисбиотические изменения в полости рта. Кроме того, противомикробные препараты могут приводить к развитию устойчивых штаммов микроорганизмов. Исходя из этого, многие авторы говорят о кризисе антибактериальной терапии.

Цель исследования. Благодаря вышеперечисленным факторам, активно идет поиск альтернативных методик лечения, таких, как использование пробиотиков, в качестве антагонистов парадонтопатогенов. Во многих отраслях медицины, в том числе и в стоматологии, успешно применяются бактериофаги. В своей работе мы пытаемся определить эффективность препаратов на основе бактериофагов в сочетании с пробиотическими средствами в отношении лечения воспалительных заболеваний полости рта. С этой целью, на первом этапе исследования, нами был выбран и проверен на работоспособность препарат «Фагодент» (Микромир), как основной кандидат на роль бактериофагального препарата. В отличие от других препаратов, содержащих бактериофаги, «Фагодент» разработан специально для борьбы с патогенной микрофлорой полости рта, в состав этого препарата включены бактериофаги, тропные к следующим возбудителям: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Actinomyces israelii*, *Actinomyces* spp., *Bacteroides gracilis*, *Bacteroides forsythus*, *Campylobacter* spp., *Enterococcus faecalis*, *Fusobacterium* spp., *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Proteus vulgaris* spp., *Pseudomonas aeruginosa* spp., *Staphylococcus aureus* spp., *Streptococcus mitis*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus pyogenes* spp., *Streptococcus salivarius*, *Treponema denticola*, *Wolinella* spp. В этот список входят особо патогенные микроорганизмы, ассоциированные непосредственно с развитием заболеваний, такие, как *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* и *Tanarella forsythia*.

Методика исследования. На первой стадии эксперимента было проведено исследование активности препарата в отношении ряда микроорганизмов, заявленных в инструкции препарата. Для исследования были использованы 7 штаммов *S. aureus*, 2 штамма *E. Faecalis*, 2 штамма *S. mutans*, 2 штамма *S. pyogenes*. Чистые культуры микроорганизмов были засеяны в чашки петри на агаре Мюллера-Хинтона, после чего к ним были добавлены две капли с разным (2-кратным

и 10-кратным) разведением препарата «Фагодент» в стерильном физрастворе. После культивирования в оптимальных условиях (в термостатной комнате, в течение 12–36 часов), чашки Петри были проверены на наличие участков лизиса флоры. Ни в одной из чашек лизиса не было обнаружено. Такой результат был ожидаемым, в связи с тем, что препарат содержит огромное количество штаммов бактериофагов в одном тюбике и позиционируется как профилактическое средство. В связи с этим методика исследования была модифицирована.

Для увеличения количества вирусных клеток, было проведено предварительное культивирование бактериофагов на целевых культурах микроорганизмов (рис. 1). Для этого в пробирку с сахарным бульоном добавлялась целевая флора и культивировалась в оптимальных условиях в течение 12 часов, после чего в пробирку добавляли препарат «Фагодент» и оставляли еще на 12 часов. По истечению этого времени содержимое пробирки фильтровалось через микробиологический фильтр с диаметром пор 0.22 мкм. В конце этих манипуляций мы надеялись получить взвесь обогащенную вирусными клетками.

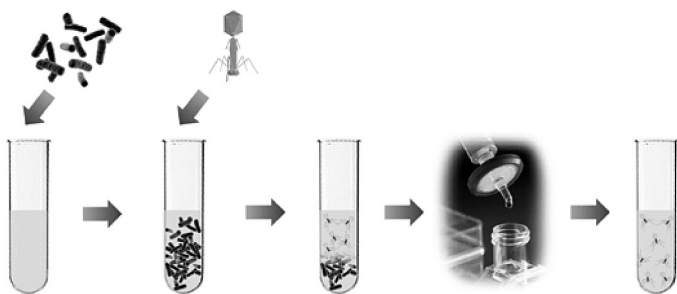


Рис. 1. предварительное культивирование бактериофагов на целевых культурах микроорганизмов

Результаты исследования. После описанных выше манипуляций, содержимое последней пробирки было испытано на тех же целевых культурах патогенов по той же методике, которая использовалась для определения активности геля «Фагодент» в разведениях 2х и 10х. На этот раз результат оказался положительным. В чашках Петри прослеживаются четкие очаги лизиса микрофлоры (рис. 2). Распространенной практикой является оценка литической активности фага по пяти-балльной шкале (по количеству «крестов»): «–» отсутствие литической активности; «+» низкая активность; «++» образование зоны лизиса

с большим количеством колоний вторичного роста бактерии; «+++» зона лизиса с единичными колониями вторичного роста; «++++» прозрачная зона лизиса без колоний вторичного роста. В нашем исследовании были получены результаты от «+» до «++++».



Рис. 2

Выводы. Полученные данные говорят о потенциале роста литической активности путем размножения бактериофагальных клеток при встрече с патогенной флорой. В рекомендациях по применению «Фагодента» описаны методики длительного применения препарата, что многократно увеличивает шансы встречи бактериофага с организмом-хозяином. Свойства же самих бактериофагов позволяют ожидать от них персистенции в полости рта, реактивации в случае повторного появления очагов роста патогенной микрофлоры.

Проведенный эксперимент позволяет сделать несколько выводов:

1. Препарат «Фагодент» содержит в себе определенное количество жизнеспособных вирусных клеток и может проявлять антагонистическую активность, по крайней мере, относительно проверенных штаммов микроорганизмов.
2. Препарат не рекомендован как монотерапия для лечения острой фазы пародонтита, так как не содержит достаточного количества бактериофагов для подавления крупных очагов инфекции.
3. В полости рта, встретившись с патогенной микрофлорой, вирусные клетки способны накапливаться и противодействовать развитию инфекции, что позволяет использовать препарат для лечения и профилактики хронических форм воспалительных заболеваний полости рта.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ ОЖИРЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

*Ермолаева Л. А., Шишкин А. Н., Пеньковой Е. А.,
Шевелева Н. А., Шевелева М. А.*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
кафедра терапевтической стоматологии
Pin116@mail.ru

Ожирение является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире. Согласно современным данным каждый четвертый житель нашей планеты страдает от той или иной степени ожирения или имеет избыточную массу тела [Хамнуева и др., 2007].

Длительное время ожирение рассматривалось как синдром с чрезмерным накоплением триглицеридов в жировых депо [Дедов, 2006]. По мере распространения ожирения во всем мире увеличивается риск развития связанных с ним тяжелых соматических заболеваний — сахарного диабета типа 2, артериальной гипертензии, коронарной болезни сердца, онкологических заболеваний и др., которые приводят к ухудшению качества жизни, ранней потере трудоспособности и преждевременной смертности [Дедов, Мельниченко, 2004]. За последние 10 лет распространенность ожирения в мире возросла на 75 %, а во многих экономически развитых странах — удвоилась. В последние годы в большинстве стран мира отмечается значительное увеличение частоты пациентов с ожирением среди детей и подростков.

Современные литературные данные свидетельствуют о том, что существует этиопатогенетическая взаимосвязь между ожирением и заболеваниями пародонта [Saijo et al., 2004]. Данные современных эпидемиологических исследований показывают появление в последние годы тенденции к увеличению числа пародонтологических заболеваний среди населения нашей страны [Цепов и др., 2008]. Первое место среди заболеваний тканей пародонта занимает хронический генерализованный пародонтит. В возникновении заболеваний тканей пародонта играют роль многие факторы, как местные, так и общие, способные инициировать и провоцировать воспалительные процессы в пародонте.

Ведущую роль в патогенезе пародонтита играют воспалительно-деструктивные изменения пародонтального комплекса вследствие инвазии бактериального агента. Однако известно, что степень таких

изменений весьма вариабельна, даже при идентичном спектре бактериальных агентов. Это позволило предположить наличие влияния общесоматических заболеваний на степень патологических изменений в пародонте.

Жировая ткань является мощным эндокринным органом, находящимся в состоянии так называемого асептического **воспаления**. Жировые клетки, выделяют целый ряд гормонов, цитокинов, провоцирующих развитие воспалительных заболеваний, имеющих общие патофизиологические основы с ожирением и пародонтитом. Существует тесная взаимосвязь между ожирением и воспалением, которая отражается концентрацией в плазме крови С-реактивного белка (СРБ) [Pradhan et al., 2001; Hu et al., 2004].

СРБ — это реагент острой фазы производимый в печени в ответ на различные воспалительные стимулы. В исследовании N. E. Boucher, J. J. Hanrahan и F. Y. Kihara в 1967 г. была показана связь между СРБ в сыворотке крови воспалительными заболеваниями полости рта. Наибольшее число положительных анализов на СРБ определялось у людей с пародонтальными абсцессами. Это исследование было одним из первых, определивших связь между уровнем СРБ и заболеваниями полости рта [Boucher et al., 1967]. Последние данные показали, что у пациентов с различными формами пародонтита имеется повышенный уровень СРБ. Но они не показывают, что пародонтит был причиной наблюдаемых уровней СРБ в сыворотке крови, так как уровень СРБ соотносится с различными сопутствующими факторами, такими как возраст, высокое кровяное давления, употребление алкоголя, курение, низкий уровень физической активности, хроническая усталость, повышение уровня триглицеридов, диабет, резистентность к инсулину, нарушение сна и депрессия.

Существует связь между наличием хронического пародонтита и высоким уровнем СРБ в плазме крови. Это связано с тем, что медиаторы воспаления (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-а) освобождаются в условиях пародонтита и стимулируют гепатоциты к производству СРБ. Таким образом, можно ожидать, повышение уровня СРБ при хроническом пародонтите.

Сайто с соавт. (2006) обследовали 179 японских мужчин одной возрастной группы. Они определили взаимосвязь между деструкцией альвеолярной костной ткани вокруг боковых зубов и повышением уровня СРБ. В другом исследовании Persson et al. (2005) обнаружили, что уровень СРБ выше 10 мг/л у всех испытуемых со значительной

потерей костной ткани возникал из-за воспалительных заболеваний пародонта. Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что уровень СРБ имеет тенденцию к увеличению при пародонтите. Результаты исследования Salbeiz et al. (2004), что агрессивные формы пародонтита связаны с повышением уровня СРБ: при генерализованной форме агрессивного пародонтита (3,72 мг/л) при локальных формах (2,57 мг/л) у контрольной группы (1,54 мг/л). Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что определение уровня СРБ в сыворотке напрямую зависит от площади поверхности или объема поражения тканей пародонта, у пациентов с агрессивными формами пародонтита.

Исследования показывают связь между заболеваниями пародонта и ожирением, которая опосредована продукцией цитокинов. Следовательно, увеличение объема жировой ткани способствует изменению уровня маркеров воспаления [Youn et al., 2009].

Некоторые авторы в своих исследованиях показывают, что гормон лептин, известный своим действием на регулирование массы тела, метаболизм и функцию воспроизводства, так же может быть частью некоторых воспалительных заболеваний путем воздействия на врожденный и приобретенный иммунный ответ. Нарушения в экспрессии гена производства данного гормона или его рецепторов (генный диабет) могут стать причиной крайней степени ожирения и нарушений, связанных с ним.

Адиipoциты — основные клетки, ответственные за производство лептина. Также эту функцию выполняют клетки эпителия желудка и плацентарные клетки. Недавно обнаружено, что клетки эпителия десны так же производят лептин. В исследовании, проведенном B. V. Karthikeyan и A. R. Pradeep, было показано, что по мере увеличения воспалительного разрушения тканей пародонта концентрация лептина в десневой жидкости зубодесневой борозды будет снижаться. В другом исследовании эти авторы показали, что концентрация лептина в сыворотке крови имеет прямую корреляцию с хроническим генерализованным пародонтитом.

Таким образом, дальнейшее изучение этиопатогенетической взаимосвязи между хроническим генерализованным пародонтитом и ожирением, представляет интерес для современной стоматологии и может стать основанием для разработки новых методов профилактики и лечения заболеваний пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

- Дедов И. И. Проблема ожирения: от синдрома к заболеванию // Ожирение и метаболизм. 2006. № 1 (6). С. 2–5.
- Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Ожирение. Этиология, патогенез, клинические аспекты: руководство для врачей. М., 2004.
- Хамнуева Л. Ю., Андреева Л. С., Кошикова И. Н. Ожирение. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Иркутск, 2007. С. 4–10.
- Цепов Л. М., Николаев А. И., Михеева Е. А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 272 с.
- Boucher N. E., Hanrahan J. J., Kihara F. Y. Occurrence of C-reactive protein in oral disease // Journal of Dental Research. 1967. Vol. 46. P. 624.
- Hu F. B., Meigs J. B., Li T. Y., Rifai N., Manson J. E. Inflammatory markers and risk of developing type 2 diabetes in women // Diabetes. 2004. Vol. 53. P. 693–700.
- Pradhan A. D., Manson J. E., Rifai N., Buring J. E., Ridker P. M. C-reactive protein, interleukin 6, and risk of developing type 2 diabetes mellitus // JAMA. 2001. Vol. 286. P. 327–334.
- Saijo Y., Kiyota N., Kawasaki Y. et al. Relationship between C-reactive protein and visceral adipose tissue in healthy Japanese subjects // Diabetes Obes Metab. 2004. Vol. 6.
- Youn B. S., Bang S. I., Kloting N. et al. Serum progranulin concentrations may be associated with macrophage infiltration into omental adipose tissue // Diabetes. 2009. Vol. 58. P. 627–36.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОСТЕОСИНТЕЗА ГОЛОВКИ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ахтямов Д. В.

ГБУ здравоохранения Московской области
«Московский областной научно-исследовательский клинический институт
имени М. Ф. Владимирского»,
отделение челюстно-лицевой хирургии
doctor_akhtyamov@mail.ru

По данным Всемирной Организации Здравоохранения процент переломов мышелкового отростка нижней челюсти, в структуре общего количества травматических переломов нижней челюсти, составляет 35 %. До 30 % от этой доли приходится на переломы головки мышелкового отростка. Несмотря на небольшой процент встречаемости данного вида травмы, проблема лечения этой патологии остается акту-

альной для челюстно-лицевых хирургов как в нашей стране, так и за рубежом [Буцан, 2005; Бедирханлы, 2011; Yang, 2013]. Это обусловлено сложностью клинической и рентгенологической диагностики, неоднозначностью показаний к хирургическому лечению, а так же особенной сложностью хирургического вмешательства при переломах головки мыщелкового отростка. Стоит отметить неуклонную тенденцию к увеличению доли травматических повреждений челюстно-лицевой области в целом, и головки мыщелкового отростка нижней челюсти в частности, связанную с ростом дорожно-транспортного и бытового травматизма [Буцан, 2005]. Переломы головки нижней челюсти неминуемо сопряжены с повреждением других структур височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), что так же негативно влияет на прогноз лечения и сроки реабилитации. Все вышеизложенное накладывает особую ответственность на исследователей, занятых разработкой проблемы диагностики и лечения переломов головки мыщелкового отростка нижней челюсти.

В настоящее время трудности хирургического лечения высоких переломов мыщелкового отростка нижней челюсти не позволяют исследователям выработать консолидированную тактику оказания помощи пациентам с данной патологией. Ряд клиницистов, в особенности в нашей стране, придерживается консервативной тактики лечения, в сочетании с ранней функциональной нагрузкой на поврежденный ВНЧС [Бадирханлы, 2011]. Однако такой подход не может привести к полному анатомо-функциональному восстановлению структур ВНЧС, что приводит к посттравматическим нарушениям, вплоть до развития анкилоза. Другие исследователи отдают предпочтение хирургическому методу лечения с целью не только точной репозиции костных фрагментов головки мыщелкового отростка нижней челюсти, но и восстановлению функционально значимых взаимоотношений мягкотканых структур ВНЧС.

В своих современных работах отечественные авторы в большинстве случаев предпочитают доступ к головке мыщелкового отростка нижней челюсти из разреза, окаймляющего угол последней, что является, по сути, сочетанием подчелюстного и зачелюстного хирургических доступов, с последующей остеотомией ветви нижней челюсти и реплантацией головки мыщелкового отростка. Данные об использовании преддущего доступа к головке мыщелкового отростка нижней челюсти в отечественной литературе носят единичный характер [Буцан, 2005], несмотря на неоспоримые преимущества подобного под-

хода, позволяющего в большинстве случаев отказаться от извлечения из раны малого фрагмента головки мышелкового отростка, что позитивно сказывается на питании последнего, снижая риск асептического некроза. Ряд авторов так же указывают на возможность некроза малого фрагмента ввиду отсутствия компрессии между отломками головки. С целью достижения компрессии костных фрагментов в отечественной науке последние десятилетия активно разрабатываются фиксаторы с эффектом термомеханической памяти. Однако использование большинства существующих устройств для фиксации с эффектом памяти формы не представляется возможным без реплантации малого фрагмента головки мышелкового отростка нижней челюсти. В зарубежных источниках однозначно указывается на целесообразность применения предущного доступа к головке мышелкового отростка нижней челюсти. Также по причине отсутствия необходимой компрессии между фрагментами, зарубежные авторы отказываются от применения мини- и микропластин для остеосинтеза, отдавая предпочтение винтам, длиной не менее 15 мм, проводящимся по направлению от наружного мышелка головки мышелкового отростка к внутреннему [Meng et al., 2010]. Однако применение в данной методике стандартного самонарезающего винта от системы остеосинтеза «пластина-винт», не позволяет достичь достаточной силы компрессии.

Вышеизложенное подчеркивает актуальность проблемы хирургического лечения переломов головки мышелкового отростка нижней челюсти, заставляющую клиницистов продолжать исследования в целях получения лучших результатов лечения данной патологии.

В клинике челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского разработана и успешно внедрена в клиническую практику новая методика остеосинтеза головки нижней челюсти.

После обработки кожи выполняется разрез в предущной области с продолжением на височную область, тупым и острым путем ткани расслаиваются до капсулы ВНЧС. Производится артротомия и расширение полости сустава инструментом, разработанным в клинике. Расширение полости ВНЧС позволяет визуализировать и репонировать смещенные фрагмент головки нижней челюсти, при необходимости частично отделив его от латеральной крыловидной мышцы. После репозиции фрагментов выполняется остеосинтез компрессионным канюлированным винтом. Двойная резьба компрессионного винта позволяет добиться компрессии фрагментов. Диск ВНЧС репониру-

ется и фиксируется к тканям биламинарной зоны. Ткани ушиваются послойно. Рана дренируется.

Применение данной методики позволило в послеоперационном периоде отказаться от межчелюстной фиксации, что позволило добиться ранней функциональной реабилитации пациентов с переломами головки мышелкового отростка нижней челюсти.

В клинике челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского выполнено 15 операций с применением данной методики, для оценки эффективности которой сформирована контрольная группа из 15 пациентов, которым выполнялась реплантация головки мышелкового отростка нижней челюсти из подчелюстного доступа. Результаты оценивались в сроки 1, 3 и 6 месяцев после хирургического лечения. В качестве критериев оценки эффективности использовали физиологически пробы для оценки объема движений нижней челюсти. В качестве рентгенологического контроля использовали МСКТ с анализом изменений суставной высоты, определением денситометрической плотности костной мозоли в области перелома, а так же измерением размеров головки мышелкового отростка относительно ранее проведенных исследований.

В контрольной группе отмечено три случая некроза реплантата с выраженными функциональными нарушениями, проявившимися в ограничении открывании рта, выраженной дивии нижней челюсти на сторону поражения более чем на 5 мм, невозможности полноценного приема пищи, формированию свищевых ходов на коже. В одном случае отмечено формирование анкилоза ВНЧС на пятом месяце наблюдений. Межчелюстная фиксация сопровождавшая все операции в контрольной группе, не позволяла проводить раннюю функциональную реабилитацию, что отразилось на сроках ограничения открывания рта, которые составили 1,5–2 месяца у всех пациентов. Дисфункция ВНЧС, проявляющаяся хрустом и болевыми ощущениями в зоне ВНЧС, отмечена у пяти пациентов. При проведении МРТ ВНЧС у данных пациентов определялся вентральный вывих диска ВНЧС без репозиции. Стойких парезов краевой ветви лицевого нерва в контрольной группе не отмечалось. Сроки временного пареза достигали 3–4 месяцев у двух пациентов. Рентгенологическое снижение суставной высоты более чем на 3 мм отмечено у 9 пациентов из 15 на шестом месяце после операции, за счет уменьшения размеров головки мышелкового отростка в результате ее частичного лизиса.

В исследуемой группе значимой резорбции малого фрагмента головки мыщелкового отростка не отмечено. Уменьшение суставной высоты более чем на 3 мм определялось у 4-х пациентов, что было связано с неполным ее восстановлением во время операции, при контрольных МСКТ через 1,3 и 6 месяцев этот показатель в исследуемой группе не менялся, тогда как в контрольной группе имела тенденция к прогрессирующему уменьшению суставной высоты с течением времени. У данных пациентов отмечалась девиация нижней челюсти в сторону поражения не более 2–4 мм. Отсутствие необходимости в межчелюстной фиксации после операций с применением описанной методики положительно сказалось на функциональных возможностях — открывание рта 3см и более пациенты из исследуемой группы демонстрировали при проведении функциональных проб на 1,5–2-й неделе после операции. Стойких парезов лицевого нерва в исследуемой группе не отмечено.

Таким образом, после оценки результатов применения предложенной методики можно сделать вывод о ее положительных качествах, позволяющих достичь лучших функциональных результатов лечения, снизить количество осложнений, а также сократить сроки реабилитации пациентов с переломами головки мыщелкового отростка нижней челюсти.

ЛИТЕРАТУРА

- Бедирханлы Намик Саттар оглы.* Хирургическое лечение высоких переломов мыщелкового отростка нижней челюсти: дис. ... канд. мед. наук. М., 2011. 97 с.
- Буцан С. Б.* Оптимизация диагностики и оперативного лечения переломов мыщелковых отростков нижней челюсти: дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 129 с.
- Yang M. L., Zhang B., Zhou Q., Gao X. B., Liu Q., Lu L.* Minimally-invasive open reduction of intracapsular condylar fractures with preoperative simulation using computer-aided design // *Br. J. Oral Maxillofac Surg.* 2013 Apr. Vol. 51(3). P. 29–33.
- Meng F. W., Liu Y. P., Hu K. J., Kong L.* Use of a temporary screw for alignment and fixation of sagittal mandibular condylar fractures with lateral screws // *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2010. March. Vol. 39(6). P. 548–553.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БИОМАРКЁРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОДОМ СЕЛЕКТИВНОЙ ДЕКОНТАМИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

Зыкин А. Г.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 28»,
ГМУ «Курская Областная Клиническая Больница»
zykin-artem777@mail.ru

На сегодняшний день, очевидно, что выраженная системная воспалительная реакция инициирует впоследствии глубокую иммунодепрессию, что играет негативную роль в развитии гнойно-септической патологии [Balk, 2000]. Проблема генерализованной гнойной инфекции, казавшаяся недавно близкой к разрешению, в последнее десятилетие приобрела особую значимость и актуальность [Knaus, 1985].

Число пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями не имеет тенденции к снижению. Изменилась не только частота встречаемости заболеваний, но и их клиническое течение. Часто наблюдается агрессивное течение одонтогенных флегмон. Высок процент таких осложнений как медиастинит, тромбофлебит лицевых вен и синусов твердой мозговой оболочки, сепсис [Дрегалкина, 2005].

Увеличение числа и утяжеление воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи приводят к росту временной нетрудоспособности, а в ряде случаев — инвалидности и летальным исходам. Причины создавшейся ситуации большинство авторов видят в постоянно ухудшающихся экологических условиях, снижении уровня жизни населения, что обуславливает увеличение числа больных с исходно измененной иммунной реактивностью и наличием фоновой патологии. Преобладание в этиологии условно-патогенной и анаэробной микрофлоры также определяет особенности течения флегмон. Успех лечения больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями во многом зависит от ранней диагностики и объективной оценки тяжести состояния. Изучение роли иммунных механизмов показало, что воспалительные реакции обусловлены формированием вторичного иммунодефицитного состояния [Интенсивная терапия, 2000].

В настоящее время большое внимание уделяется неспецифическим факторам защиты при воспалительных процессах, в том числе цитокинам. Про- и противовоспалительные цитокины обеспечивают

развитие полноценной и адекватной воспалительной реакции в организме, являются факторами смены фаз воспалительного процесса, а также являются активаторами бактериальной транслокации кишечника. Дисбаланс цитокинов обуславливает показания к проведению иммунотерапии, корректирующей их уровень. Перспективным является применение эндогенных биорегуляторов — цитокинов в качестве фармакологических средств. Механизмы, приводящие к развитию одонтогенных флегмон, до конца не изучены. Необходимо изучение роли локальных и системных иммунных механизмов в развитии одонтогенных флегмон, а также определение объективных тестов для назначения иммунотерапии [Круглякова, 2011].

Цель работы: повышение эффективности диагностики и лечения больных с одонтогенными флегмонами на основании изучения роли медиаторов воспаления в патогенезе прогрессирующей одонтогенной инфекции.

Материалы и методы. В клиническом исследовании принимало участие 56 больных с прогрессирующими одонтогенными флегмонами находившихся на стационарном лечении и в динамике наблюдаемые в отделения челюстно-лицевой хирургии Курской областной клинической больницы за 2012 г., которые были разделены на две группы. Первая группа основная ($n=29$) получала по схеме 4-х дневный курс гентамицин per os 2 ампулы по 80 мг 2 раза в день — 320 мг/сут и флуконазол per os по 1 капсуле 1 раз в день — 150 мг/сут + стандартное лечение. Препараты были произведены на заводе Мосхимфарм им. Н. А. Семашко (Россия), вторая группа контрольная ($n = 27$) получала только стандартное лечение в виде радикального вскрытия гнойного очага, дренирования и антибиотикотерапии: цефабол в/в 1 г 3 раза в день в сочетании с метрогил в/в 100 мг 3 раза в день, далее на 4-е сутки у больных контрольной и основной групп производился одномоментный забор крови из локтевой вены в пластмассовые пробирки с последующим центрифугированием в течение 15 минут для получения плазмы крови, которая переливалась в эппендорфы и хранилась при температуре -20°C до момента исследования на уровень провоспалительных цитокинов ФНО- α , Ил-6, и противовоспалительных Ил-4. Уровень цитокинов определяли методом твёрдофазного иммуноферментного анализа с использованием реактивов ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск) по оригинальной методике.

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью критерия Манна—Уитни для оценки различия между малыми выбор-

ками по количественному признаку и Шапиро—Вилка для оценки нормальности распределения двух выборок по количественному признаку. Различия считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$. Расчет выполнен на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.1 фирмы (StatSoft Inc., USA) для персонального компьютера в системе Windows.

Результаты исследований. Сравнивали между собой контрольную и основную группу по уровню ИЛ-4,6, ФНО- α . Полученные данные в разных группах имели ненормальное распределение, поэтому для описания данных использовались медиана (Me) и 25–75 квартили (табл.).

Показатели уровня отдельных цитокинов у больных прогрессирующими одонтогенными флегмонами

Показатели, пг/мл	Основная ($n = 29$)	Контрольная ($n = 27$)
ИЛ-4	2,11(1,25;2,32)	1,66(0,98;2,17)
ИЛ-6	4,86 (3,95;5,42)*	2,16(1,27;3,25)
ФНО- α	2,54(0,60;4,46)*	5,37(3,36;8,02)

Примечание. * — различия достоверны (при $p < 0,05$).

В таблице использована форма записи: Me (медиана) (25;75 квартили).

Так как характер распределения выборок отличается от нормального, то для установления различий между ними, использовали ранговый критерий Манна—Уитни. Получили с помощью критерия Манна—Уитни, что уровень ИЛ-6 в основной группе достоверно выше чем в контрольной группе. Уровень ИЛ-4 не изменился в двух группах. Уровень ФНО α в основной группе ниже, чем в контрольной.

Выводы:

1. Проведённое комплексное исследование про- и противовоспалительных интерлейкинов позволило достоверно установить наличие влияния феномена бактериальной кишечной транслокации на патогенез одонтогенного сепсиса.
2. Доказано разнонаправленное действие метода селективной деконтаминации, проводимой в течение 4 суток, на уровень провоспалительных интерлейкинов(ФНО- α , ИЛ-6): повышение уровня ИЛ-6, снижение ФНО.

3. Селективная кишечная деконтаминация длительностью 4 суток при одонтогенном сепсисе не влияет на уровень противовоспалительного ИЛ-4.
4. Не рекомендуется применять 4-х дневную селективную деконтаминацию кишечника, так как изменение провоспалительных интерлейкинов носит разнонаправленный характер, что не позволяет сделать вывод о положительном влиянии на эффективность лечения пациента с прогрессирующей одонтогенной инфекцией.

В целом, данная тема нуждается в дальнейшем изучении и создании новых диагностических и лечебных подходов.

ЛИТЕРАТУРА

- Дрегалкина А. А.* Пути повышения эффективности диагностики и лечения одонтогенных флегмонов челюстно-лицевой области: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2005. 20 с.
- Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь: учеб. пос. / под ред. В. Д. Малышева. М.: Медицина, 2000. 464 с.
- Круглякова Е. П.* Цитокиноterapia в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011. 3 с.
- Balk R. A.* Severe sepsis and septic shock. Definitions, Epidemiology and Clinical Manifestations // Crit. Care Clin. 2000. Vol. 16, N 2. P. 214–226.
- Knaus W. A. et al.* APACHE II: a severity of disease classification system // Crit. Care Med. 1985. Vol. 13. P. 818–829.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ РАННЕЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОДОНТОГЕННОГО СЕПСИСА В УСЛОВИЯХ КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ С ПОМОЩЬЮ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ШКАЛ APACHE-2 SOFA SAPS-2 SIRS

Зыкин А. Г., Громов А. Л., Будаев А. П.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 28»,
ГМУ «Курская Областная Клиническая Больница»
zykin-artem777@mail.ru

В настоящее время сохраняются трудности ранней диагностики прогрессирующих одонтогенных воспалительных процессов, сохра-

няется высокий уровень летальности пациентов с одонтогенным сепсисом [Гайворонская, 2008].

Во многом недостаточная эффективность современного лечения сепсиса обусловлена несвоевременным прогнозированием полиорганной недостаточности в условиях обострения сопутствующей патологии, отягощающей местные и общие клинические проявления инфекции. Полиорганная недостаточность является основной причиной смерти больных с хирургическим сепсисом любой этиологии [Завада, 2002].

Решения Чикагской Международной согласительной конференции (1991) позволяют достоверно и объективно оценить выраженность полиорганной недостаточности у больных сепсисом, прогноз заболевания, вероятность неблагоприятного исхода [Завада, 2002; Савельев и др., 2004].

Так же разработаны различные интегральные шкалы, позволяющие на основании клинических и лабораторных признаков оценивать состояние больных сепсисом различной этиологии: SAPS II, APACHE II, SOFA и др.

В то же время недостаточно изучено применение данных систем и шкал в отношении к одонтогенному сепсису, имеющему свои отличительные особенности. Нередко органная дисфункция ошибочно диагностируется в группе больных, не имеющих прогрессирующего осложненного воспалительного процесса, так как у них определяются отдельные изменения показателей гомеостаза, связанные с хроническими сопутствующими заболеваниями внутренних органов, нарушающие возможность объективно спрогнозировать состояние пациента.

Цель работы: сравнительное исследование прогностических возможностей различных интегральных шкал

Материалы и методы. Выполнен анализ архивного материала отделения челюстно-лицевой хирургии Курской областной клинической больницы, включающего 30 пациентов с прогрессирующей одонтогенной инфекцией, находившихся на лечении в 2010 году (первый блок исследований).

В исследуемой группе преобладали мужчины в возрасте от 40 до 60 лет (53,3 %). Тяжелый сепсис по критериям ACCP/SCCM (1992) диагностирован в 76,7 % случаев, реже выявлялся сепсис (без органной недостаточности) — 23,3 %. Таким образом, полиорганная недостаточность является характерным признаком одонтогенного сепсиса (по критериям ACCP/SCCM (1992)), выявлена у 76,7 % пациентов.

Результаты применения интегральной шкалы APACHE II: менее 15 баллов (отсутствие полиорганной недостаточности) — все пациенты исследуемой группы (30 человек, 100 %); более 15 баллов (наличие полиорганной недостаточности) — 0 %.

Результаты применения интегральной шкалы SAPS II: до 49 баллов (прогноз благоприятный) — 26 пациентов (86,7 %); 50–89 баллов (прогноз неблагоприятный) — 4 пациента (13,3 %); 90 и более баллов (высокая летальность) — 0 %.

При использовании шкалы SOFA выявлено: менее 12 баллов (множественные органые дисфункции) — 28 пациентов (93,3 %); 13–17 баллов (переход дисфункции в недостаточность) — 2 пациента (6,6 %); 24 балла (высокая вероятность летального исхода) — 0 %. Полиорганная недостаточность выявлена в целом у 86,7 % пациентов.

Результаты использования методики ранней дифференциальной диагностики различных форм одонтогенного сепсиса (разработка кафедр Курского государственного медицинского университета и Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко): более 30 баллов (наличие полиорганной недостаточности) — 22 пациента (73,3 %); менее 30 баллов (отсутствие полиорганной недостаточности) — 8 пациентов (26,7 %).

Таким образом, прогностическая шкала APACHE II не выявила наличие полиорганной недостаточности в группе пациентов с преобладающим количеством тяжелого сепсиса по отношению к сепсису без органной недостаточности, что говорит о ее низкой информативности по отношению к одонтогенным тяжелым гнойно-воспалительным процессам. В то же время разработанная методика ранней дифференциальной диагностики определила признаки полиорганной недостаточности более чем в 70 % случаев, что говорит о высокой чувствительности данной шкалы, сопоставимой с чувствительностью критериев ACCP/SCCM (1992).

Шкала SAPS II определила высокую вероятность неблагоприятного прогноза только в 4 случаях (13,3 %).

Шкала оценки полиорганной дисфункции SOFA диагностировала органную дисфункцию в 86,7 % случаев.

Полученные данные обработаны с помощью критерия Хи-квадрат, использован пакет прикладных программ STATISTICA 6.1 фирмы StatSoft Inc. для персонального компьютера в системе Windows.

Соответственно, выделены интегральные шкалы с высокой, промежуточной и низкой чувствительностью к признакам полиорганной недостаточности у пациентов с одонтогенным сепсисом (табл. 1).

Таблица 1. Чувствительность к признакам ПОН*

Высокая	Промежуточная	Низкая
SOFA	SAPS II	APACHE II
ACCP/SCCM (1992)	–	–
Методика ранней дифференциальной диагностики различных форм одонтогенного сепсиса	–	–

Примечание. * — полиорганный недостаток.

Второй блок исследований посвящен оценке эффективности разработанной методики обследования (разработка кафедр Курского государственного медицинского университета и Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко).

Работа выполнялась на основании анализа результатов диагностики пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Курской областной клинической больницы с 2000 по 2011 г.

Пациенты (148 человек) были разделены на 2 группы: контрольную (90 человек, наблюдение с 2000 по 2007 гг., мужчин — 56 (62,2 %), женщин — 34 (37,8 %), средний возраст — $44,6 \pm 19,1$), в которой диагностика проводилась традиционными методами, и основную группу (58 пациентов с сепсисом, период наблюдения с 2008 по 2011 гг., мужчин — 40 (69,0 %), женщин — 18 (31,0 %), средний возраст — $43,8 \pm 14,7$) — диагностика осуществлялась по специально разработанной выше обозначенной программе.

Результаты диагностики различных форм одонтогенного сепсиса в соответствии с разработанной методикой представлены ниже (табл. 2).

Таблица 2. Распределение больных сепсисом (в соответствии с разработанной методикой)

Патологический процесс	Количество больных	
	Абс.	%
Сепсис	31	53,4
Тяжелый сепсис	16	27,6
Септический шок	11	19,0
Всего	58	100

Клиническая эффективность используемой методики ранней дифференциальной диагностики различных форм одонтогенного сепсиса указана в табл. 3.

Таблица 3. Результаты диагностики и лечения хирургического сепсиса

Показатель	Группы больных	
	Контрольная	Основная
Количество больных в группах	90	58
Эффективность ранней диагностики (первые сутки), %	85,6	98,3
Летальность, %	23,3	13,8

Таким образом, отмечается существенное повышение эффективности ранней диагностики одонтогенного сепсиса. Так как эффективность лечения хирургического сепсиса находится в прямой зависимости от сроков установления правильного диагноза, дополнительно приведены показатели летальности, подчеркивающие взаимосвязь. В настоящее время летальность пациентов с сепсисом в отделении челюстно-лицевой хирургии Курской областной клинической больницы составляет около 14 %, что является значительным достижением диагностики и лечения одонтогенной тяжелой хирургической инфекции.

Выводы. Применение методики ранней дифференциальной диагностики различных форм одонтогенного сепсиса, разработанной на кафедрах стоматологии Курского государственного медицинского университета и Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко, а также критериев ACCP/SCCM (1992), интегральной шкалы SOFA, позволяет в ранние сроки объективизировать состояние пациента, что создает предпосылки для назначения корректного лечения и снижения летальности.

Информативность SAPS II сомнительна, так как данная диагностическая система выявила полиорганную недостаточность (неблагоприятный прогноз) только у 13,3 % пациентов. Использование интегральной шкалы APACHE II для прогнозирования полиорганной недостаточности одонтогенного характера не эффективно. В целом, данная проблема требует дальнейшего изучения и разработки новых диагностических программ.

ЛИТЕРАТУРА

- Гайворонская Т. В. Оптимизация лечения больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008. С. 265.
- Завада Н. В., Гаин Ю. М., Алексеев С. А. Хирургический сепсис. Минск, 2002. 214 с.
- Савельев В. С. и др. Сепсис в начале XXI века: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение // Материалы Калужской согласительной конференции РАСХИ. М., 2004. 128 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ И КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЦЕНТРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ НА ПРИМЕРЕ СПб ГБУЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 15

Зыкина Е. С.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 15», Санкт-Петербург
zykin-artem777@mail.ru

Актуальность исследования. Сегодня не существует единого мнения об этиопатогенезе стоматологических заболеваний в период беременности и, следовательно, отсутствует комплекс профилактических мероприятий, эффективно улучшающий стоматологический статус женщин, проживающих в регионах с низким содержанием фтора в воде. К сожалению, интенсивность и распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта в период беременности увеличивается, что отмечается многими авторами [Кравченко, 2008]. Большинство обращаются в поликлиники за стоматологической помощью при наличии уже развившихся стоматологических заболеваний [Зыкин, 2014].

Отдельные исследовательские данные согласуются с современным представлением о роли нервных, иммунных, гормональных, барьерных механизмов в возникновении ХВЗП [Орехова, 1997а]. Анализ многообразия проявлений и особенностей возникновения заболеваний пародонта является предметом наиболее интенсивных исследований в течение последних двух десятилетий [Орехова и др., 1997б].

Диагноз, выставляемый в период беременности, является предварительным, так как не может быть подтвержден дополнительными методами диагностики, в частности, рентгенографией, являющейся основным дифференциально-диагностическим критерием. Отсю-

да лечение и профилактика воспалительных заболеваний пародонта также являются симптоматическими и не приводят к ожидаемому эффекту. Главную роль в этом играет недостаточная индивидуальная профилактика стоматологических заболеваний в период беременности. Добиться эффективного и качественного выполнения мероприятий индивидуальной гигиены возможно лишь при условии мотивированности самого пациента.

Цель исследования: оценить эффективность работы и клинико-социальную значимость Центра стоматологического сопровождения беременных СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 15» на основании динамического контроля стоматологического статуса беременных женщин и предложить комплекс профилактических мероприятий для его улучшения в период беременности.

Материалы и методы. В клиническом исследовании принимало участие 800 беременных женщин в возрасте от 18 лет до 41 года, находившихся на амбулаторно-поликлиническом лечении и динамическом наблюдении в Центре стоматологического сопровождения СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 15» за 2015–2016 гг. Беременные женщины проходили трехкратное обследование: 1 триместр (5–13 недель), 2 триместр (17–26 недели), 3 триместр (30–36 недели). Все исследуемые женщины были поделены на две группы. Первая группа опытная ($n = 400$) — пациенты, проходившие профосмотр и лечение; вторая группа контрольная ($n = 400$) — пациенты, проходившие только профосмотр. В этих группах выделялись подгруппы с осложнённым течением беременности (токсикоз, гестоз, риск прерывания беременности, беспокойный акушерско-гинекологический анамнез) и неосложненным. Кроме того, проводилось деление на группы в зависимости от возраста: 1-я группа — от 18–25 лет, 2-я группа — от 26–33 лет и 3-я группа — от 27–41 года. От числа родов: первородящие и повторнородящие и наличия сопутствующей общесоматической патологии, заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, заболевания дыхательной системы — хронический бронхит и бронхиальная астма, сахарный диабет, эпилепсия, без сопутствующей патологии.

Для оценки стоматологического статуса беременных мы использовали клинические методы обследования, которые описываются в графиках. Полученные данные на момент осмотра, фиксировались в медицинской карте стоматологического больного. Оценка состояния здоровья беременной женщины и анализ данных, производился

с помощью их переноса из «Индивидуальной карты беременной и родильницы».

Результат исследований. Анализ данных эпидемиологического стоматологического обследования показал 100 % распространенность кариеса зубов у женщин уже к 1-му триместру беременности, которая связана с активацией условно-патогенной, резидентной флоры полости рта. В контрольной группе за период наблюдений возросла интенсивность кариеса во 2-м триместре по сравнению с 1-м — на 20 %, в 3-м триместре по сравнению со 2-м — на 32 %. Индекс гигиены по Федору—Володкиной возрос на 21 % во 2-м триместре, на 34 % в 3-м триместре. Индекс РМА также возрос во 2-м триместре на 28 %, в 3-м — на 41 %. Индекс кровоточивости во 2-м триместре увеличивается на 35 %, в 3-м триместре — на 46 %. (рис. 1). В опытной группе определяется снижение интенсивности кариеса во 2-м триместре по сравнению с 1-м на 67 %. Индекс гигиены снизился на 16 % во 2-м триместре, на 22 % в 3-м триместре. Индекс РМА во 2 триместре по сравнению с 1-м снизился на 32 %, в 3-м триместре — на 21 %. Индекс кровоточивости снизился во 2-м триместре по сравнению с 1-м на 28 %, в 3-м по сравнению со 2-м — на 24 % (рис. 2).

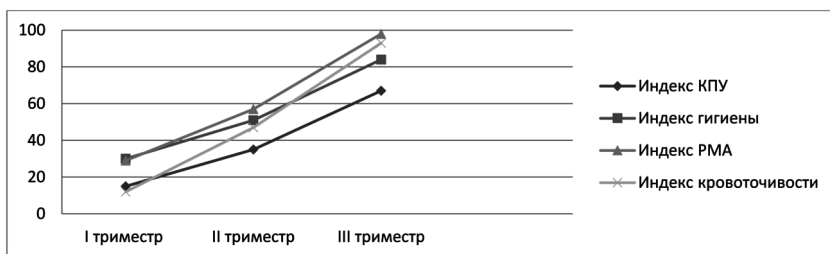


Рис. 1. Динамика изменения основных стоматологических показателей контрольной группы в зависимости от срока беременности

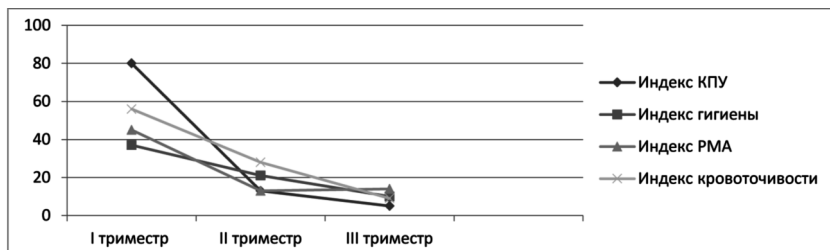


Рис. 2. Динамика изменения основных стоматологических показателей исследуемой группы в зависимости от срока беременности

За весь период активной работы Центра стоматологического сопровождения беременных женщин зарегистрирован динамический прирост посещаемости на 30 % в трех декадах 2016 г. в сравнении с предыдущим (рис. 3).

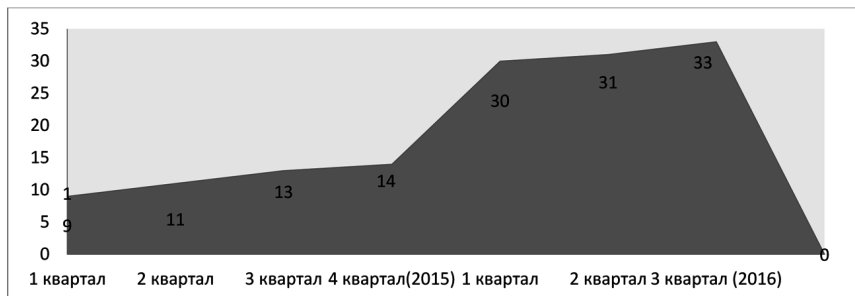


Рис. 3. Динамика прироста посещаемости центра по кварталам за 2015–2016 гг.

Выводы. Таким образом, оценив работу Центра стоматологического сопровождения беременных, можно заключить следующее:

1. Исследование стоматологического статуса беременных женщин в зависимости от течения беременности позволяет выявить группы риска в отношении кариеса зубов и болезней пародонта и определить влияние сопутствующей патологии и осложнений беременности на интенсивность стоматологических заболеваний.
2. Изучение этиопатогенетических аспектов (возраст, порядковый номер родов, стоматологический статус, влияние общесоматической патологии) стоматологических заболеваний в период беременности позволяет обоснованно подойти к созданию индивидуальной программы профилактики, направленной на повышение уровня стоматологического здоровья и качества жизни беременных женщин.
3. Формирование индивидуального и мотивированного подхода к эффективному выполнению комплекса лечебно-профилактических мероприятий и повышение уровня санитарно-гигиенических знаний с помощью проведённой программы, позволяет улучшить качество жизни и уровень стоматологического здоровья беременных женщин.

4. Создание центра сопровождения беременных женщин на базе стоматологической поликлиники № 15 позволяет индивидуально и углубленно, совместно с врачами смежных специальностей подойти к проблеме ведения данной группы пациентов, а так же снизить риск нежелательных осложнений со стороны плода.

ЛИТЕРАТУРА

- Зыкин А. Г. Оптимизация методов профилактики основных стоматологических заболеваний и определение уровня санитарно-гигиенического воспитания детей младшего школьного возраста и подростков на примере Лицея № 5 города Ельца // Проблемы стоматологии. 2014. № 3. С. 51–52.
- Кравченко Ю. В. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин с применением комбинированного препарата карбоната кальция и холекальциферола: автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 2008. 3 с. (нет ссылки в тексте)
- Орехова Л. Ю., Левин М. Я., Сафронов Б. Н. Особенности местного иммунитета при воспалительных заболеваниях пародонта // Пародонтология. 1997а. № 2. С. 7–12.
- Орехова Л. Ю., Левин М. Я., Сафронов Б. Н. Соотношение гуморальных и клеточных аутоиммунных процессов при воспалительных заболеваниях пародонта // Пародонтология. 1997б. № 4. С. 14–15.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНЫХ ПАСТ, СОДЕРЖАЩИХ БРОМЕЛАЙН, ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ БЫСТРОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЗУБНОГО НАЛЁТА

Йулдашханова А. С., Хабилов Б. Н.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Актуальность. Распространение кариеса, в широком масштабе, стало одной из проблем современного общества. Это связано с изменением свойств и состава принимаемой пищи. Из-за свойств современной пищи резко менять состояние полости рта, возникла необходимость в поиске новых современных методов предотвращения нежелательных эффектов. Поэтому изучение новых методов и материалов является актуальной и в настоящее время.

Цель исследования: обосновать эффективность применения бромелайна для предотвращения быстрого возникновения зубного налё-

та, у людей живущих в городах и часто принимающих быстро усваиваемые продукты.

Материалы и методы. Были исследованы 10 человек, со схожей клинической картиной и хорошей гигиеной полости рта. Первая группа из 5 человек, в течение 6 дней, пользовалась зубной пастой не содержащей бормелайн (зубная паста R. O. C. S.), а вторая — содержащей бормелайн. Каждой группе просили оценить и записать состояние зубов, с помощью люминесцентной диагностики (аппарат Qscan) сразу после чистки зубов, через час и три часа. Так же от них требовалось принять быстроусвояемую пищу через два часа после чистки зубов. В начале и конце исследования определили кариесогенность зубного налёта.

Результаты исследования. В результате изучения было установлено, что показатели кариесогенности зубного налёта в начале исследования обе группы имели схожие показатели (1-я группа — 25 %, 2-я группа — 23 %), к концу исследования у 1-й группы показатель был равен 21 %, а у 2-й группы — 16 %.

Состояние зубов после чистки брали за 100 %. Гигиеническое состояние зубов через час после чистки зубов у обеих групп имели хорошие показатели и были почти схожими с данными после чистки. Но показатели люминесцентной диагностики через три часа после чистки зубов различались у 1-й и 2-й групп и составляли 64 и 75 % соответственно.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод, что использование зубных паст, содержащих бормелайн, людьми, живущими в городе и питающимися быстроусвояемой пищей, может быть рекомендовано для предотвращения быстрого образования зубного налёта.

ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛИЗУЮЩЕГО ПОТЕНЦИАЛА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ НА УРОВЕНЬ КАРИЕСРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ

Мирсалихова Ф.Л., Абдиримова Г.И., Ахмедова Г.М.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,
кафедра профилактики стоматологических заболеваний,
admira_89@mail.ru, Mirsalikhov@gmail.com

В современной стоматологии проблема кариеса зубов у детей остаётся актуальной, что обусловлено значительной интенсивностью, высокой распространенностью, большим количеством осложнений этих заболеваний и ростом нуждаемости в стоматологической помощи.

Смешанная слюна выполняет минерализующую функцию только при условии нейтрального или слабощелочного значения рН, когда она перенасыщена ионами кальция и фосфора. Поэтому физические свойства смешанной слюны оказывают существенное влияние на гомеостаз твердых тканей зубов. В современной литературе работы, посвященные изучению минерализующего потенциала и биофизических характеристик слюны у детей, противоречивы, а в Узбекистане очень ограничены.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей биофизических свойств и минерализующего потенциала ротовой жидкости у детей в период прорезывания постоянных зубов.

Материалы и методы. Для выполнения поставленных задач были обследованы младшие школьники в период сменного прикуса с 7–13 лет и во время прорезывания постоянных зубов. Изучались особенности биофизических свойств смешанной слюны в этот возрастной период: показатели рН и буферной ёмкости ротовой жидкости, вязкость и скорость секреции изучали с помощью тестового набора «Saliva-check Buffer» (GC).

Минерализующий потенциал смешанной слюны (МПС) изучался по методу П. А. Леуса (1977). Кариесрезистентность эмали зубов изучалась применением ТЭР-тест по методу В. Р. Окушко, Л. И. Косаревой, И. К. Луцкой (1983).

Определение минерализующего потенциала слюны (МПС). Ротовая жидкость школьников, которую собирали натошак, служила материалом для кристаллографического исследования. 3 капли ротовой жид-

кости наносили на предметное стекло и высушивали при температуре 18–25 °С в горизонтальном положении.

У детей проведено стандартное стоматологическое обследование. Оценку состояния твердых тканей зубов проводили при помощи *теста эмалевой резистентности — ТЭР*.

ТЭР-тестом оценивали устойчивость эмали зубов к кислотному воздействию.

Результаты исследования показали, что при исследовании минерализующего потенциала ротовой жидкости (МПС) у 90 детей младшего школьного возраста установлено, что только у 18 (20,0 %) из них выявлен высокий и очень высокий уровень МПС, соответственно 16 (17,8 %) и 2 (2,2 %) школьников. Удовлетворительный тип кристаллизации ротовой жидкости выявлен у 21 (23,3 %) обследованных детей. При оценке результатов исследования ТЭР-тестом выявлено, что из 90 обследованных школьников только у 18 (20,0 %) детей установлен высокий уровень КР эмали зубов, остальные 72 (80,0 %) ребенка имели КР различного уровня

Вывод. Полученные данные о нарушении минерализующего состава и биофизических свойств ротовой жидкости в период прорезывания постоянных зубов свидетельствует о целесообразности назначения детям данного возраста как экзо-, так и эндогенной профилактики кариеса зубов сразу после их прорезывания.

ЧАСТЬ II

ГРУППОВАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шайкина К. И., Корецкая А. В., Мамонтова А. М.

руководитель д-р мед. наук, профессор Н. В. Чиркова

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра пропедевтической стоматологии
inessakoretskay@mail.ru

Актуальность. Индивидуальная программа профилактики стоматологических заболеваний направлена на обеспечение наиболее адекватной профилактической помощи и, в целом, могла бы дать максимальный профилактический эффект. Однако в реальных условиях индивидуальные подходы не обеспечивают заметных изменений в стоматологическом статусе населения. Причины кроются как в экономическом состоянии общества, так и в уровне менталитета. Некоторая часть этих проблем решается при внедрении групповых программ стоматологических заболеваний. Адресатом групповой программы считают группу пациентов, объединенных некоторыми общими факторами риска развития стоматологических заболеваний: возраст, характер питания, уровень фторада в воде, уровень гигиены. Важным этапом в осуществлении первичной групповой профилактики стоматологических заболеваний является гигиеническое воспитание детского населения, а также стоматологическая просветительная работа и обучение детей правилам гигиены полости рта в школах.

Цели исследования:

1. Повысить стоматологический уровень здоровья детей с минимальными экономическими затратами, используя все доступные методы и средства стоматологической просветительной деятельности.

2. Оценить начальный стоматологический уровень здоровья у детей школьного возраста в городских и сельских общеобразовательных учреждениях.

Задачи:

1. Расширить базу знаний у детей школьного возраста по вопросам гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний;
2. Провести анкетирование;
3. Обработать информацию, полученную в результате анкетирования;
4. Проанализировать полученную информацию.

Материалы исследования. Исследование проводилось на базе МКБОУ Лицей № 7 города Воронеж и МКОУ «Добринской СОШ» Воронежской области, Лискинского района.

Для групповой профилактической работы были выбраны учащиеся седьмого класса, представляющие среднюю группу детей школьного возраста.

Анкетирование прошли 50 детей.

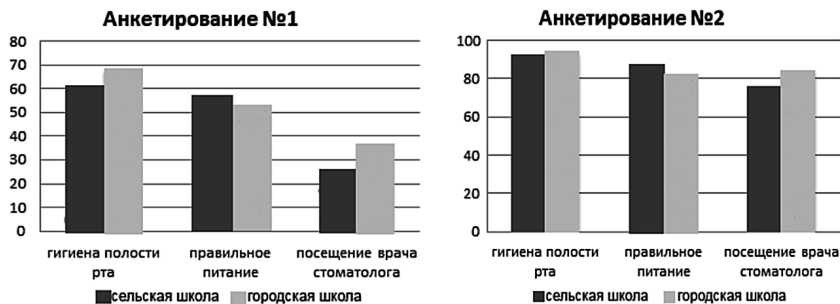
Методы исследования. Были проведены профилактические мероприятия с целью просвещения детей в вопросах гигиены полости рта, негативного влияния вредных привычек, а именно: алкоголя, курения и наркотических средств на состояние ротовой полости, а так же всего организма в целом, и отрицательного воздействия неправильного питания (газированные напитки) на состояние зубов. Для подведения итогов был выбран метод опроса по изученному материалу, который способствует наилучшему закреплению приобретённых знаний.

До начала мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний, учащимся было предложено пройти анкетирование, для определения их уровня знаний в вопросах профилактики стоматологических заболеваний.

В результате анкетирования были выявлено:

- 1) 75 % детей получают информацию о стоматологических заболеваниях и их профилактике от родителей;
- 2) 63 % анкетированных проводят чистку зубов 2 раза в день (утром и перед сном);
- 3) 80 % детей было выявлено неправильное питание;
- 4) 84 % семиклассников посещают стоматолога только в случае необходимости;

5) учащиеся городских школ менее подвержены стоматологическим заболеваниям, чем ученики сельских школ.



Через месяц было проведено повторное анкетирование, с целью выявления динамики относительно профилактики стоматологических заболеваний среди исследуемых групп.

В результате анкетирования были выявлено:

- 1) 95 % детей стали лучше следить за гигиеной полости рта;
- 2) 74 % учащихся снизили количество употребляемых газированных напитков;
- 3) 63 % детей обратились к врачу-стоматологу для первичной санации полости рта.

Вывод. Метод групповой профилактики стоматологических заболеваний позволяет повысить уровень профилактических знаний у детей школьного возраста, как в городе, так и в сельских регионах. В дальнейшем это позволит снизить уровень населения страдающего от стоматологических заболеваний

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Полушкина Н. А.

руководитель д-р мед. наук, профессор Н. В. Чиркова

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра пропедевтической стоматологии
inessakoretskay@mail.ru

Актуальность. Необходимым условием для благоприятного исхода при лечении сахарного диабета является ранняя диагностика, индивидуальный подход к стоматологической реабилитации пациента с учетом всех особенностей стоматологического статуса и общего состояния организма.

Данное заболевание сопровождается многими неблагоприятными факторами, которые приводят к развитию осложнений при ортопедическом и хирургическом лечении. Многочисленные исследования показали, что у больных сахарным диабетом 2-го типа, после удаления зуба сроки заживление лунок и характер течения послеоперационного периода зависят от длительности течения и тяжести диабета. При этом воспалительные процессы у больных с данной патологией, отличается быстротой развития и сопровождается острым болевым ощущением, рано появляются симптомы интоксикации, когда местные проявления воспалительного процесса выражены еще незначительно. Такие пациенты, часто нуждаются в ортопедическом лечении [Балаболкин, Креминская, 2001].

Материалы и методы. При выборе конструкций протеза у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, осложненного частичной вторичной адентией, важную роль играет выбор пластмассы, из которой будет изготовлен базис съемного протеза.

В ортопедической стоматологии для изготовления базисов съемных зубных протезов чаще всего используют акриловые пластмассы. Одним из существенных недостатков акрилатов является его микропористость, возникающая в процессе полимеризации. Микрофлора пор вызывает нарушение микробиологического равновесия тканей полости рта. В клинике часто можно наблюдать воспаление слизистой оболочки, получившее название «акрилового стоматита».

Из отечественных материалов для изготовления жестких базисов протезов чаще всего используются твердые пластмассы: «Этакрил»,

«Фторакс», «Бакрил», «Акронил», «Стомакрил», бесцветная базисная пластмасса. К жестким базисным полимерам импортного производства можно отнести пластмассы горячего отверждения: «Паладон-65», «Импакт-2000», «Palavit-55», «Cronsин», «Mega-L», «Futura». Аналогами акриловых базисных пластмасс являются: «Селекта-плюс», «Тревалон», «Тревалон-С», «Акрон-МСи» [Данилевский, Борисенко, 2000].

В 80-м годах XX в. были получены результаты применения биологически нейтральных термопластов, которые зарекомендовали себя более легкими, монолитными и эластичными, чем акриловые пластмассы. По прочности термопластические полимеры превосходят акриловые в 10–15 раз. В последнее время на российском стоматологическом рынке появились технологии изготовления съемных и несъемных конструкций из термопластов. Общую характеристику термопластов определяет само название — «материал пластичный при нагреве», т.е. эти материалы приобретают необходимую форму в разогретом состоянии без применения мономеров.

Результаты исследования. Свойства термопластов во многом превосходят не только часто применяемые акрилаты, но и металлы. Термопласты имеют оптимальную жесткость, низкий коэффициент статического и динамического трения, высокую износоустойчивость, хорошую эластичность, а некоторые обладают способностью запоминания формы. Так как в термопластах нет явления гальванизации и элементов коррозии, отсутствует остаточный мономер, они не оказывают аллергического и токсического действия на слизистую оболочку полости рта. Возможности использования термопластических материалов очень разнообразны: от изготовления кламмера съемного протеза до сложных шинирующих и полных съемных протезов. Из наиболее известных термопластических полимерных материалов для базисов съемных протезов и систем инъекторной технологии можно отметить: «Dental-D», «Valplast», «Acetal», «Flexiplast», «Bredent», «Polyan», «Flexy-Nylon» [Гришина и др., 2000].

Вывод. Таким образом, при пародонтите, осложненном частичной вторичной адентией, на фоне сахарного диабета, помимо обострения воспалительных и деструктивных процессов, можно констатировать снижение или отсутствие резервных сил зубов и зубных рядов. Появление термопластических материалов значительно увеличило возможность лечения патологии зубочелюстной системы за счет уменьшения сроков адаптации к протезу и снижения количества осложнений при использовании ортопедических и ортодонтических конструкций.

ЛИТЕРАТУРА

- Балаболкин М. И., Креминская В. М. Новые возможности длительной компенсации сахарного диабета 2 типа // Клинич. фармакология и терапия. 2001. № 10(2). С. 60–64.
- Данилевский Н. Ф., Борисенко А. В. Заболевания пародонта // Здоровье-Киев. 2000. 461 с.
- Гришина Т. И., Станулис А. И., Жданов А. В., Хаев А. В. Лечение гнойно-септических осложнений у больных диабетом // Аллергия, астма и клиническая иммунология. 2000. № 1. С. 47–48.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Соловьев А. В., Литовкин В. И., Ващенко А. А.

руководитель канд. мед. наук, доцент А. Л. Соловьева

ФГБОУ ВО «Воронежский Государственный Медицинский Университет имени Н. Н. Бурденко»
Министерства здравоохранения,
кафедра пропедевтической стоматологии
arsenii-solovev@mail.ru

Цель исследования: повышение эффективности профилактики кариеса путем сравнительной оценки стоматологического статуса и профилактической грамотности студентов первого курса стоматологического факультета ВГМУ им. Н. Н. Бурденко.

Задачи:

1. Разработать комплекс методов исследования, позволяющих оценить профилактическую грамотность студентов первого курса ВГМУ им. Н. Н. Бурденко.
2. Определить стоматологический статус и состояние ротовой полости студентов первого курса ВГМУ им. Н. Н. Бурденко по индексу КПУ и гигиеническому индексу Федорову—Володкиной.
3. Изучить изменение показателей гигиенического индекса по Федорову—Володкиной после проведения разъяснительных бесед и обучения правилам индивидуальной ежедневной гигиены полости рта.

Материалы и методы. В ходе проведения исследования разработана анонимная анкета для студентов первого курса, состоящая из 17 вопросов, касающихся проведения индивидуальной гигиены полости рта в домашних условиях. На первом этапе исследования было проведено анонимное анкетирование 100 студентов первого курса ВГМА им. Н. Н. Бурденко. Общеизвестным является тот факт, что гигиеническое состояние полости рта является важным моментом в возникновении и развития кариозного процесса. Учитывая это, мы провели оценку уровня гигиены полости рта у обследуемых студентов с помощью индекса Федорова—Володкиной, визуальный осмотр, определили индекс КПУ, состояние прикуса и наличия зубочелюстных аномалий. На втором этапе была проведена беседа со студентами первого курса на тему индивидуальной гигиены полости рта, обучение правильному ежедневному уходу за полостью рта и даны рекомендации по использованию индивидуальных гигиенических средств в домашних условиях в течение двух последующих недель. Повторный осмотр и определение гигиенического индекса Федорова—Володкиной были проведены через две недели.

Результаты исследования. В ходе исследований (1 месяц) была проведена двойная оценка показателей: до начала исследования и по окончании исследования через 1 месяц. При подсчете индекса КПУ выяснилось, что у исследуемых студентов высокая интенсивность кариеса определялась в 56 %, средняя — 28 % и только у 16 % исследуемых низкие показатели интенсивности кариеса. Два раза в день производят чистку зубов 64 %, из них 62 % оппонентов не пользуются нитями-флоссами. 91 % используют мануальную зубную щетку и только 9 % — электрическую. Больше половины студентов (52 %) пользуются зубной пастой фирмы «Колгейт». При повторном исследовании было выявлено улучшение показателей гигиены полости рта, что, в свою очередь, будет приводить к снижению кариесогенности зубного налета, к возрастанию резистентности эмали зубов и, как следствие, к снижению прироста кариеса и возникновения вторичного кариеса. В результате повышается эффективность профилактики кариеса.

Выводы. Арсенал средств гигиены полости рта столь разнообразен, что правильно ориентироваться в нем трудно и пациенту, и врачу без дополнительной профессиональной, качественной информации. Особенно это касается студентов первого курса, которые выбрали стоматологическую специальность и только изучают основы будущей профессии.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕНТАЛЬНОГО ПЕРЕИМПЛАНТИТА

Тавакал А.Г.

руководитель д-р мед. наук, профессор Д.Ю.Мадай

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»,
кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
aboubaker_tawakal1987@yahoo.com

Цель: оптимизация лечения пациентов с маргинальной резорбцией костной ткани и рецессией десны около имплантата.

Актуальность. Известно, что после операции стоматологической имплантации и остеопластики у пациентов, даже без сопутствующей соматической патологии, наступает окислительный стресс (увеличивается свободнорадикальное окисление). К стресс-факторам, связанным с инфекционными и воспалительными процессами, присоединяются такие экзогенные стрессорные факторы, как операционная травма и психоэмоциональное напряжение пациента [Сухов, 2013]. Планирование лечения пациентов с резорбцией костной ткани в зоне дентального имплантата затруднено из-за отсутствия единых взглядов и рекомендаций. Поэтому результаты лечения не всегда стабильны. Однако и сегодня в дентальной имплантологии проблема выбора методов и материалов для сохранения и увеличения объема утраченной костной ткани и прикрепленной десны около имплантата, а также профилактики является актуальной и требует дальнейшего изучения. Для того чтобы костные трансплантаты оживали и образовывались новые остециты они должны получать кислород и питательные вещества которые поступают через функционирующие кровеносные сосуды [Хэм, Корман, 1983]. Наиболее целесообразным для лечения и профилактики маргинальной резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около имплантата, является двухэтапная операция с применением препарата антиагреганта-трентал и антигипоксанта-гипоксен, которые улучшают микроциркуляцию и оксигенацию ткани (повешение их устойчивости к дефициту кислорода) [Барера, Зорян, 2006].

Новизна. Впервые изучено и доказано влияние препарата антиагреганта-трентал и антигипоксанта-гипоксен на репаративный гистогенез у больных с атрофией костной ткани в зоне имплантата.

Проведены сравнение, оценка и доказана эффективность применения костно-замещающих материалов (аллогенные «лиопласт», и ауто-

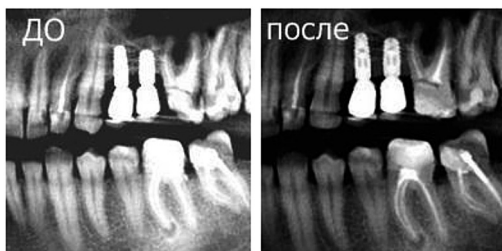
генные-костная стружка) с резорбируемой мембраной при устранении маргинальной резорбции костной ткани в зоне имплантата:

1. В клинико-лабораторных условиях изучалось и оценивалось влияние антиагреганта-трентал и антигипоксанта-гипоксен на репаративный гистогенез у больных с атрофией альвеолярного отростка челюсти.
2. Дана сравнительная оценка эффективности хирургического лечения в клинических условиях на фоне применения антиагреганта-трентал и антигипоксанта-гипоксен, и без применения препаратов.
3. В клинических условиях определена эффективность применения костно-замещающих материалов (аллогенные, например «лиопласт» и аутогенные-костная стружка), а так же резорбируемой и нерезорбируемой мембран при устранении резорбции костной ткани.

Методы и материалы:

- методы рентгенологического исследования;
- метод исследования коагуляционного гемостаза;
- методы исследование развернутого анализа крови;
- костно-замещающие материалы (аллогенные «лиопласт», и аутогенные-костная стружка, резорбируемая мембрана).

Результаты. Наглядный пример результата клинического случая. До и после исследования:



Заключение. Применение антиоксиданта-трентал и антигипоксанта-гипоксен по нашим данным, способствует улучшению реологических свойств крови при микроциркуляции, что способствует активному питанию трансплантата и процессу остеогенеза. Так же применение костно-замещающих материалов (аллогенные «лиопласт»

совместно с аутогенными (костная стружка) и использование резорбируемой мембраны дают положительный результат при устранении маргинальной резорбции костной ткани в зоне имплантата.

ЛИТЕРАТУРА

- Барера Г. М., Зорян Е. В. Руководство для практикующих врачей, рациональная фармакотерапия в стоматологии. М., 2006. С. 164–165, 138–141.
- Сухов В. Д. Повышение эффективности профилактики ранних послеоперационных осложнений при дентальной имплантации: дис. ... канд. мед. наук. М., 2013. 126 с.
- Хэм А., Корман Д. Гистология. Т. 3, глава 13, 14. М., 1983. 292 с.

МОТИВАЦИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ К РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бычкова Е. В., Козырев М. А.

руководитель д-р мед. наук, профессор Н. А. Соколович

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»,
кафедра стоматологии
kozyrevma96@mail.ru

Профилактика стоматологических заболеваний является основой здоровья полости рта и сохранения жевательной и речевой функций. Около 50 % общих и местных факторов, влияющих на стоматологическое здоровье, связано с образом жизни человека, поэтому среди методов профилактической работы важное место занимает разъяснительная, просветительская работа. Однако пациенты не осведомлены о наличии профилактических программ как на долечебном этапе, так, зачастую, и после прохождения лечения, о чем может сказать сохранение стабильно высоких индексов КПУ. Это говорит о необходимости рассмотрения вопроса мотивации врачей-стоматологов к реализации программ профилактики стоматологических заболеваний.

Цель исследования: определить уровень современного состояния мотивационной сферы в стоматологии детского и взрослого возраста к реализации программ профилактики стоматологических заболеваний.

Задачи:

1. Выявить мотивацию врачей-стоматологов к проведению профилактических мероприятий по повышению уровня санитарно-гигиенических знаний населения.
2. Сравнить мотивированность к выполнению профилактической работы стоматологов детского возраста по отношению к стоматологам взрослого приема.

Материалы и методы. При проведении исследования был использован метод анкетирования врачей-стоматологов различного профиля, обслуживающих взрослое и детское население. Анкета включает в себя 15 вопросов, позволяющих оценить знания стоматологов детского и взрослого приема в области профилактической стоматологии и выявить их мотивацию к проведению профилактических мероприятий по повышению уровня санитарно-гигиенических знаний населения. В ходе исследования было опрошено 42 врача-стоматолога. На основании данных анкетирования был произведен статистический анализ.

Результаты:

1. Результаты анализа ответов стоматологов на вопросы, касающиеся основных направлений работы врача, показывают, что большинство детских стоматологов приоритетным считают профилактическое направление своей деятельности (63,9 % ответов), на втором месте находится диспансеризация (26,9 % ответов). Большинство (79,6 %) стоматологов взрослого приема, независимо от профиля работы, считали своей основной задачей лечение различных стоматологических заболеваний.
2. 71,6 % респондентов назвали программы профилактики полезными, а 28,4 % — частично полезными. Ни один врач не сообщил о бесполезности профилактических программ.
3. Наиболее подходящим возрастом для проведения образовательных профилактических стоматологических программ большинство (60,4 %) детских стоматологов назвали младший школьный возраст, 24,1 % — дошкольный и только 15,4 % — средний или старший школьный возраст.
4. По мнению большинства (88,3 %) врачей-стоматологов, проведение образовательных профилактических мероприятий должно быть дополнительно оплачено. Всего 11,7 % респондентов

считали это частью своей работы, за которую они получают заработную плату.

5. На вопросы о гигиеническом воспитании и обучении пациентов большинство (66,7 %) респондентов ответили, что они не занимались индивидуальным подбором средств гигиены, не обучали пациентов правильному уходу за полостью рта и не контролировали качество чистки зубов у своих пациентов.

В то же время, все опрошенные детские стоматологи сообщили о том, что они проводят беседы с пациентами, обучают гигиене полости рта и контролируют качество чистки зубов у детей.

Выводы. Результаты анкетирования показали высокую ответственность детских стоматологов за здоровье подрастающего поколения и недостаточную мотивацию врачей — стоматологов, оказывающим стоматологическую помощь взрослому населению, в проведении программ профилактики, объясняемую недостатком времени, отсутствие поощрений, как стимулирующего фактора.

РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИ ИСПРАВЛЕНИИ ОШИБОК В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ

Пую Д. А.

руководитель д-р мед. наук, профессор Н. А. Соколов

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»,
кафедра стоматологии
elis-1989@yandex.ru

В настоящее время адекватная механическая обработка системы корневых каналов зуба в комплексе с медикаментозной обработкой и последующим герметичным пломбированием является одним из главных факторов, определяющих успех эндодонтического лечения. Весь процесс лечения корневых каналов зубов всегда являлся одним из наиболее трудоемких в разделе терапевтической стоматологии, а число осложнений при лечении осложненного кариеса по-прежнему остается высоким. В мировой и отечественной литературе многократ-

но описывались методы профилактики осложнений, возникающих в ходе обработки системы корневых каналов, и многочисленные способы лечения данных осложнений. После рассмотрения вопросов, связанных с такой проблемой, как отлом эндодонтического инструмента в корневом канале зуба, нами предложено применение электронного экстрактора, изобретенного российскими учеными, для ликвидации такого вида осложнений, так как ранее исследование данного прибора не проводилось.

Целью исследования было доказательство эффективности электронного экстрактора для извлечения отломков эндодонтических инструментов из корневого канала зуба.

Материалы и методы. Для проведения эксперимента нами были взяты различные эндодонтические инструменты (ручные и машинные) в количестве 200 штук. В данном исследовании мы использовали 4 вида инструментов для обработки корневых каналов зубов (К-файлы, Н-файлы, К-римеры, Протейперы) по 50 штук каждого вида. Ввиду того, что электронный экстрактор предназначен для извлечения отломков инструментов как из стали, так и из никель-титанового сплава, в исследовании были представлены эндодонтические инструменты, изготовленные из обоих вышеперечисленных материалов (150 штук и 50 штук соответственно).

В данном исследовании для извлечения отломков эндодонтических инструментов из корневого канала зуба использовался электронный экстрактор (ООО «Спект-Микро», Россия). Принципом работы данного прибора является осуществление контактной внутриканальной микросварки между экстрагирующим электродом и отломком.

С целью исследования эффективности электронного экстрактора при его применении в различных зубах нами было предложено зубы, ранее удаленные на амбулаторном хирургическом приеме, разделить на 2 группы. В первую группу было отнесено 56 резцов и клыков как верхней, так и нижней челюсти, имеющих относительно прямой, широкий и проходимый корневой канал. Во вторую группу мы выделили 31 моляр обеих челюстей, каналы которых имели более сложное анатомическое строение, были более узкие и искривленные. В группе моляры использовались только трехканальные зубы, причем принадлежность зубов к верхней или нижней челюсти в данной серии исследований не учитывалась. Дистальный корневой канал нижних моляров было предложено приравнять к небному каналу верхних моляров. Медиальные каналы нижних моляров (медиально-щечный и медиаль-

но-язычный) были приравнены к щечным каналам (медиально-щечный и дистально-щечный соответственно) верхних моляров.

Корневые каналы зубов подвергали механической обработке предварительно подготовленным эндодонтическим инструментом (его намеренно подпиливали тонким алмазным бором на турбинном наконечнике на расстоянии не менее 2мм от кончика). Введенный инструмент прокручивали по часовой стрелке до момента отлома его части (в случае использования ручных инструментов) или оказывали избыточное давление на машинный инструмент для получения такого же результата.

Для всестороннего изучения электронного экстрактора, вторая часть наших исследований была посвящена доказательству безопасности прибора. Исследования проводились на 100 лабораторных крысах (питомник «Рапполово», Ленинградская область). Исследованию подвергались ткани нижней челюсти с резцами, в которых применялся экстрактор. После соответствующей подготовки материала из него изготавливались срезы для последующего гистологического исследования. С целью изучения воздействия электронного экстрактора у крыс было изучено гистологическое строение фрагмента челюсти с двумя соседними зубами (30 и 60 мин).

Результаты. По окончании исследования в первой группе (резцы и клыки) были получены следующие данные: удалось извлечь 19 К-файлов (95%), 16 Н-файлов (80%), 18 К-римеров (90%) и 15 протейперов (75%). Таким образом, в данной группе из 80 инструментов с помощью электронного экстрактора было извлечено 68 инструментов (85%).

В результате работы во второй группе были получены следующие данные об извлечении инструментов:

А) из дистального/небного канала было извлечено: 9 К-файлов (90%), 4 Н-файла (40%), 9 К-римеров (90%) и 6 протейперов (60%)

Б) из медиально-язычного/дистально-щечного канала: 7 К-файлов (70%), 1 Н-файл (10%), 7 К-римеров (70%) и ни одного протейпера (0%)

В) из медиально-щечного канала: 8 К-файлов (80%), 2 Н-файла (20%), 7 К-римеров (70%) и 1 протейпер (10%).

Всего из дистального/небного канала было извлечено 28 инструментов (70%). Из медиально-язычного/дистально-щечного канала извлекли 15 инструментов (37,5%). А из медиально-щечного канала удалось извлечь 17 отломков инструментов (45%).

После проведения гистологического исследования экспериментального материала и анализа полученных данных можно сделать вывод об отсутствии патологических изменений в исследуемой области, связанных с применением прибора.

Выводы. Результаты, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о достаточной эффективности применяемого электронного экстрактора, а также его безопасности для периодонтальных тканей, что позволяет нам рекомендовать использование данного прибора в клинической практике.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ПРОФИЛЬ ИОНИЗИРОВАННОГО КАЛЬЦИЯ В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

Кушиева А. О.

руководитель канд. мед. наук, доцент А. Е. Пурсанова

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра пропедевтической стоматологии
pursanova@mail.ru

Введение. К числу наиболее весомых локальных факторов риска возникновения кариеса и заболеваний пародонта, помимо микрофлоры, следует отнести нарушение состава ротовой жидкости, а также вредные привычки.

Ведущая роль в минерализующей функции слюны принадлежит кальцию — основному структурообразующему элементу гидрооксипатита эмали. Он может находиться в свободном и связанном состоянии, около 30 % кальция связано с белками, 15 % с анионами — фосфатами, цитратом и др. Ионизированный (свободный, физиологически активный) кальций составляет около 55 % от его общего количества, он является наиболее информативным с клинической точки зрения и позволяет судить об активности процессов де- и реминерализации. Однако, представленные в современной литературе работы, посвященные изучению биофизических характеристик слюны, носят противоречивый характер.

В связи с этим, **целью работы** явилось изучение содержания ионизированного кальция в ротовой жидкости курящих и некурящих студентов.

Материалы и методы. На базе кафедры пропедевтической стоматологии НижГМА проведено обследование 107 студентов 2 курса стоматологического факультета, из них 77 девочек (72 %) и 30 мальчиков (28 %). Оценка стоматологического статуса включала определение КПУ, УИГР, РМА и кровоточивости по ВОЗ. На базе кафедры биоорганической химии проведено исследование концентрации свободного кальция в смешанной слюне 20 курящих и 20 некурящих студентов при помощи методики прямой ионоселективной потенциометрии с применением анализатора электролитов AVL 9180 («Hoffman la Roche LTD», Швейцария).

Результаты исследования. В результате исследования выявлена 100 %-ная распространенность кариеса в данной возрастной группе, индекс КПУ равен $6,02 \pm 0,02$, статистически значимых различий в зависимости от пола не выявлено. В то же время у курящих студентов значения КПУ были выше, чем у некурящих $7,03 \pm 0,03$ и $5,02 \pm 0,02$ ($p \leq 0,05$) соответственно. Уровень гигиены характеризовался как удовлетворительный, УИГР равен $1,3 \pm 0,02$ балла. Однако у курящих он значительно хуже, характеризуется как плохой и равен $2,4 \pm 0,01$ балла. У некурящих индекс гигиены составил $0,9 \pm 0,02$ балла ($p \leq 0,05$). Распространенность воспалительных явлений в пародонте у студентов составила $30,4 \pm 0,2$ %, в структуре заболеваемости преобладал хронический катаральный гингивит. Индекс РМА равен $22,3 \pm 0,2$ %, у курящих студентов РМА достоверно выше, чем у некурящих, — $34,5 \pm 0,3$ % и $18,3 \pm 0,2$ % соответственно. У трети студентов выявлена кровоточивость десен.

При анализе лабораторных данных установлено, что концентрация свободного кальция в ротовой жидкости курящих студентов достоверно выше, чем у некурящих — $3,15 \pm 0,02$ ммоль/л и $1,22 \pm 0,01$ ммоль/л ($p \leq 0,05$) соответственно и выше нормы ($0,64$ – $1,84$ ммоль/л).

Таким образом, концентрация ионов кальция в ротовой жидкости у курящих студентов в 2,5 раза выше, чем у некурящих, что связано с выходом свободного кальция главным образом из эмали зубов, и сопровождается деминерализацией и проявляется более высокими значениями КПУ, УИГР и РМА. Следовательно, курение ухудшает стоматологическое здоровье.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЗУБНЫХ ПАСТ НА МИКРОБИОТУ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Николаева М. О., Смирнова А. А., Реброва А. М.

*руководители: канд. биол. наук И. В. Королева,
д-р мед. наук, профессор Н. А. Соколов, С. В. Свердлов*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
кафедра фундаментальных проблем медицины, кафедра стоматологии
Gitarania@mail.ru

Актуальность. Уникальность ротовой полости заключается в большом разнообразии видов микроорганизмов и специфичности микроэкологических условий. В настоящее время одними из самых распространенных заболеваний человека являются болезни полости рта. По статистке ВОЗ 98 % населения в мире подвержены заболеваниям полости рта, а наиболее распространен кариес зубов. Одним из ведущих факторов возникновения данных заболеваний считается микробная инвазия, что играет важную роль в определении направлений профилактики стоматологических заболеваний.

В настоящее время на рынке стоматологических услуг предлагается большое разнообразие средств для индивидуальной гигиены полости рта. Знание действия зубных паст, которые врач рекомендует пациентам в зависимости от конкретной формы течения кариеса, имеет важное значение в эффективности гигиены ротовой полости.

Цель работы: выяснить как изменяется количественный состав микроорганизмов в разных биотопах полости рта после чистки зубов с применением зубных паст различных производителей, при субкомпенсированной форме течения кариеса.

Материалы и методы. В работе изучали действие на микробиоту ротовой полости ополаскивателя «Лесной бальзам» (Россия) и зубных паст «Sole Zahncreme» фирмы Weleda (Швейцария), «Colgate Triple Action» фирмы Colgate-Palmolive Company (США), «SPLAT Биокальций» фирмы СПЛАТ-КОСМЕТИКА (Россия), «Новый жемчуг» фирмы Невская Косметика (Россия), «BioRepair» фирмы COSWELL (Италия). Забор биологического материала из десневой борозды осуществляли погружением в течение 15-ти секунд 3-х бумажных эндодонтических абсорберов Absorbent Paper Points, фирмы Euronda (размер № 20). С остальных биотопов ротовой полости брали мазки с помощью ватных тампонов. Полученный биоматериал рассеивали на плотную кро-

вяную среду методом истощающего штриха по Дригальски. Плотная кровяная среда содержала 2,5 % агар ТНВ (Difco, США) с добавлением 0,5 % дрожжевого экстракта (Helicon, Россия) и 5 % крови барана. Культивирование микроорганизмов проводили при 37°C и 5 % CO₂ в течение 18 часов. Рост микроорганизмов оценивали подсчетом колоний и определением КОЕ/мл. Для первичной идентификации чистых культур применяли морфологическое исследование и окраску по Граму.

Результаты. Исследование трех добровольцев в возрасте 20 лет с субкомпенсированным течением кариеса показало выраженное действие на микробиоту ротовой полости паст «Sole Zahncreme» и «Colgate Triple Action», а также отечественной пасты «SPLAT Биокальций». Пасты «Новый жемчуг» и «BioRepair» не оказывали влияние на микроорганизмы ротовой полости. После 5-минутной чистки зубов упомянутые выше три пасты с положительным эффектом приводили к снижению микроорганизмов по сравнению с исходным значением на 45–97 % для десневой борозды, на 79–98 % для вестибулярной и язычной поверхностей зубов и на 95–99 % для вестибулярной и язычной поверхностей десен. На слизистой оболочке щеки наблюдали снижение микроорганизмов на 60–95 %. На дорсальной поверхности языка отмечали увеличение микроорганизмов после чистки зубов на 39–134 %, в зависимости от используемой пасты. Применение ополаскивателя «Лесной бальзам» после чистки зубов усиливало положительный эффект пасты «Colgate Triple Action» в 2 раза. Кроме того, применение ополаскивателя приводило к снижению микроорганизмов на 32 % на дорсальной поверхности языка. Положительный эффект трех паст сохранялся в течение 2 часов. После этого срока начиналось постепенное восстановление микроорганизмов на всех исследованных биотопах, за исключением язычной поверхности зубов, где регистрировали дальнейшее уменьшение микроорганизмов на 12–42 %. Дополнительно было зафиксировано изменение pH ротовой жидкости по сравнению с исходным значением в сторону закисления в среднем на 1,0 (Colgate), 0,4 (SPLAT) и 0,8 (Colgate с Лесным бальзамом) или защелачивания на 1,6 (Weleda) после чистки зубов. Данный эффект сохранялся в пределах 2 часов. Изменение pH ротовой жидкости в область щелочных значений также можно рассматривать в качестве положительного эффекта пасты фирмы Weleda, так как это действие способствует процессам реминерализации зубной эмали. Изменение времени чистки зубов с 5-ти до 3-х минут снижало эффективность используемых паст.

Выводы:

1. Из пяти исследованных паст при субкомпенсированной форме кариеса наиболее выраженное положительное действие оказывали пасты «Sole Zahncreme», «Colgate Triple Action» и «SPLAT Биокальций», приводя к снижению микроорганизмов от 2 до 57 раз на различных биотопах ротовой полости.
2. Положительный эффект после чистки зубов сохранялся в течение 2 часов.
3. Применение ополаскивателя «Лесной бальзам» после чистки зубов усиливает положительный эффект пасты «Colgate Triple Action» в 2 раза.
4. После чистки зубов наблюдается изменение pH ротовой жидкости в сторону закисления или защелачивания в зависимости от исследуемой пасты, что предполагает выбор конкретной пасты исходя из индивидуальных особенностей человека.

Рекомендации:

1. Желательно проводить чистку зубов в течение 5 мин.
2. В процессе гигиенических манипуляций в полости рта проводить очищение дорсальной поверхности языка и использовать ополаскиватель после чистки зубов для усиления оздоравливающего действия зубной пасты.
3. К выбору зубной пасты необходимо подходить индивидуально.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПЕНКИ «SPLAT ORAL CARE FOAM 2 IN 1» НА ПАРОДОНТОПАТОГЕННУЮ МИКРОФЛОРУ ПОЛОСТИ РТА

Молотков А. Н.

*руководители: канд. мед. наук, доцент А. Е. Пурсанова,
канд. мед. наук А. В. Сергеева*

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра пропедевтической стоматологии, кафедра эпидемиологии
pursanova@mail.ru

Введение и актуальность. В настоящее время является актуальным поиск новых дополнительных средств гигиены полости рта, позволяющих улучшить качество гигиены и предотвратить возникновение

основных стоматологических заболеваний. Наше внимание привлекла пенка Oral Care Foam 2 in 1, представленная российской компанией «SPLAT», в состав которой входят комплекс LUCTATOL[®], экстракт японского лакричного дерева и молочные ферменты, экстракты граната и алтайской облепихи и «Plasdone» — особый компонент, обеспечивающий растворение мягкого зубного налета. Пенки являются относительно новым продуктом на стоматологическом рынке, имеющим достаточно интересный дизайн и удобство в применении.

Цель исследования: изучение влияния пенки SPLAT Oral Care Foam 2 in 1 на гигиенический уровень и пародонтопатогенную микрофлору полости рта.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе кафедры пропедевтической стоматологии НижГМА с участием 26 студентов 3-го курса стоматологического факультета в возрасте 19–21 лет. Участники разделены на 2 группы: основную и контроля. Всем студентам проведена оценка стоматологического статуса по индексу интенсивности кариеса (КПУ), гигиеническому индексу (УИГР), пародонтальным индексам (РМА и кровоточивости по ВОЗ). Лабораторное исследование проводилось на базе кафедры эпидемиологии и Проблемной научной лаборатории ПЦР-исследований НижГМА и включало определение пародонтопатогенных возбудителей *Pr. intermedia*, *T. forsythus*, *T. denticola*, *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis* в содержимом зубодесневого желобка методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической схемой детекции осуществлялось с использованием диагностических тест-систем «МультиДент» (ООО «Гентех», Россия) в соответствии с инструкцией производителя.

Статистическая обработка полученных результатов проведена при помощи программных средств STATISTICA 6.0 (StatSoft, USA) и MS Excel 2007 (Microsoft, USA).

Результаты исследования. До применения очищающей пенки в основной группе КПУ составил 6,25, в группе контроля — 6,38; УИГР равнялся 1,37 и 1,39 балла соответственно.

Анализ микробиологического исследования показал, что в биопленке зубодесневого желобка доминирующими пародонтопатогенами 1-го порядка по частоте выделения были *Treponema denticola*, зарегистрированная у 50 % студентов и *Porphyromonas endodontalis* — у 19,2 % осмотренных. Из бактерий 2-порядка преобладали *Fusobacterium nucleatum* и *Tanarella forsythia*, выявленные у 84,6 % студентов. Указанные микроорганизмы являются генетическими маркерами развития заболеваний пародонта, в том числе и агрессивных форм.

В результате использования пенки SPLAT улучшилось гигиеническое состояние полости рта у студентов в основной группе, УИГР составил 0,35 балла (в контроле он равнялся 1,23 балла), отмечено снижение частоты регистрации бактерий высокого риска, а именно *Treponema denticola* до 33,3 % и *Porphyromonas endodontalis* — до 4,16 %, уменьшение частоты выявления бактерии умеренного риска *Tanerella forsythia* до 73,07 %.

Таким образом, применение пенки «SPLAT Oral Care Foam 2 in 1» в качестве дополнительного средства позволяет улучшить гигиену полости рта и уменьшить частоту выявления некоторых пародонтопатогенов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПУЛЬПОСОХРАНЯЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО ПУЛЬПИТА

Останина Д. А.

руководитель д-р мед. наук, профессор А. В. Митронин

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра кариесологии и эндодонтии
dianaostanina@mail.ru

Актуальность. Лечение заболеваний пульпы с целью сохранения её жизнеспособности до настоящего времени является актуальной проблемой. В настоящее время для сохранения пульпы используются препараты гидроокиси кальция и материалы минералтриоксидагегата (МТА). Оценка эффективности применения данных препаратов в лечении начального пульпита представляет научно-практический интерес и целесообразна для изучения.

Цель: оценить эффективность лечения начального пульпита с применением гидроксида кальция и препаратов МТА отечественного и зарубежного производства.

Задачи:

1. Изучить мотивацию врачей-стоматологов к применению пульпосохраняющих технологий методом медико-социального опроса.

2. Провести сравнительный анализ физико-химических свойств отечественных и зарубежных препаратов МТА.
3. Сравнить эффективность применения различных пульпосохраняющих технологий при лечении начального пульпита.

Материал и методы. Проведён социологический опрос 192 практикующих врачей из разных регионов России об использовании пульпосохраняющих методов лечения с помощью сервиса Google Forms. В лабораторное исследование были включены 3 материала отечественного производства (Триоксидент, Канал МТА, Рутдент) и 3 зарубежных аналога (ProRoot МТА, МТА Angelus Grey, МТА Angelus White). Физико-химические свойства материалов изучали с помощью сканирующей электронной микроскопии (СЭМ), световой микроскопии и рентгенографии. Проведена рН-метрия, определено время твердения материалов. По результатам анализа был выбран препарат, обладающий наилучшими свойствами. В клиническом исследовании участвовали 22 пациента в возрасте от 11 до 35 лет с диагнозом начальный пульпит. Лечение осуществляли по традиционной методике, распределив участников на две группы. В первой группе пациентов при лечении начального пульпита в качестве лечебной прокладки использовали материал Триоксидент. Во второй группе пациентов использовали пасту на основе гидроокиси кальция. Мониторинг результатов лечения проводился через 7 дней, 1 месяц, 6 месяцев. Данные исследований обработаны статистически (SPSS).

Результаты. Из анкетирования практикующих врачей выявлено, что 65,1 % опрошенных применяют биологический метод лечения заболеваний пульпы. Анализ СЭМ показал, что протестированные препараты МТА состоят из портландцемента, за исключением препаратов Канал МТА и Рутдент. В состав материала Триоксидент включено соединение гидроокиси меди-кальция, которое повышает его бактериостатические свойства. По данным световой микроскопии выявлена наибольшая пористость поверхности у материала ProRoot МТА. Методом рН-метрии было доказано, что материал Триоксидент имеет самый высокий показатель рН равный 12,8. Материалы МТА Angelus White и Триоксидент имели наименьшее время твердения. Рентгенопроницаемость препарата МТА Angelus White снижена за счет отсутствия в составе соединения оксид висмута. По результатам лабораторного анализа выбран материал Триоксидент для дальнейшего использования в клиническом исследовании. При лечении пациентов первой

группы в 90 % случаев отмечен успешный результат. Показатели ЭОД улучшились и через 30 дней с 20 мкА снизились до 5–8 мкА. Во второй группе пациентов успешный результат составил 63 %. В ближайшие сроки после лечения зубов с применением препарата на основе гидроксида кальция осложнений не выявлено. Через 6 месяцев у четырех пациентов развилась воспалительная реакция. ЭОД снизилось до 70,0 мкА, что послужило основанием для эндодонтического лечения зубов. Процент осложнений за весь период лечения составил 37 %.

Выводы. Социологический опрос показал, что 56,1 % практикующих врачей находят пульпосохраняющие методики эффективными. Лечение начального пульпита с применением препарата Триоксидент были успешными в 90 % случаев спустя 6 месяцев наблюдения. Применение препаратов на основе гидроксида кальция при лечении начального пульпита через 6 месяцев было успешным только в 63 % случаев.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРУДНОПРОХОДИМЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Кузнецов Д. Э., Проволукин Н. В., Стальная В. А., Агранович И. С.

*руководители: д-р мед. наук, профессор Н. В. Чиркова,
канд. мед. наук, доцент И. В. Корецкая*

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра пропедевтической стоматологии
inessakoretskay@mail.ru

Актуальность. Внутренняя морфология зуба чрезвычайно сложна и разнообразна. В подавляющем большинстве случаев каналы имеют неправильную форму, различный диаметр, многочисленные поднутрения, от основного канала на разных уровнях отходит множество латеральных канальцев, между корневыми каналами имеются многочисленные анастомозы и перешейки [Мамедова, Подокойникова, 2006]. На сегодняшний день, эндодонтическая наука располагает обширными сведениями о строении системы корневых каналов. Если каналы не удастся пройти с помощью эндодонтического инструмен-

тария, то приходится прибегать к методам, позволяющим оставить в корневых каналах неударенную пульпу, — либо к импрегнации, либо к депофорезу гидроксида меди-кальция.

Цель работы: анализ обзора литературы и выявить, наиболее эффективные методы лечения труднопроходимых корневых каналов.

Задачи: выявить преимущества и недостатки методик прохождения труднопроходимых каналов, оценить многообразие материалов и инструментов, благодаря которым будет достигнут положительный результат лечения.

Материалы и методы. Для сравнительной характеристики, мы использовали методы:

1. Инструментальная обработка облитерированных каналов.
2. Химическое расширение, труднопроходимых каналов.
3. Импрегнационные методы лечения:
 - 1) резорцин-формалиновый метод;
 - 2) метод серебрения;
 - 3) депофорез.

Результаты исследования. Корневые каналы не всегда удается пройти и расширить при помощи одних лишь эндодонтических инструментов. При химическом расширении труднопроходимых каналов происходит декальцинация и размягчение пристеночного дентина, что облегчает процесс последующей инструментальной обработки. Химическое расширение корневых каналов не заменяет их механического (инструментального) расширения, а лишь дополняет и облегчает его. Многолетние исследования поставили под сомнение эффективность резорцин-формалинового метода и доказали, что его применение опасно для организма [Хоменко, Биденко, 2012]. Формалин и резорцин — вещества токсичные, обладают канцерогенными и мутагенными свойствами. Оказавшись в каналах зуба, формальдегид (действующее вещество формалина) постепенно распространяется по всему организму — его обнаруживали в печени и почках, в легких, в мышцах. Большое значение уделяется роли бактерий в исходе эндодонтического лечения. Современные исследования особо выделяют *Enterococcus faecalis*, *Actinomyces* spp. и *Streptococcus anginosus* в качестве «виновников» эндодонтических неудач [Хоменко, Биденко, 2012]. Перелечивание корневых каналов всегда было достаточно сложная задача, но с появлением дентального микроскопа, который незаменим при выполнении таких манипуляций, как выведение об-

ломков инструментов, удаление эндоканальных штифтов, исправление отклонений от основного хода канала, обнаружение и пломбирование дополнительных каналов это стало выполнимо. Известные раньше никель-титановые инструменты, с вращающимися элементами могли очистить лишь до 60 % поверхности канала, из-за чего после лечения оставалось довольно большое количество инфицированных тканей. Системы САФ — самоадаптирующегося файла, способствует устранить все осложнения. Главным преимуществом системы САФ, является ее малотравматичность. Файл САФ представляет собой небольшую плоскую сеточку, которая обладает повышенной гибкостью, благодаря чему может подстраиваться практически под любую анатомическую форму канала. При этом файл обладает невероятной мощностью, благодаря которой совершает от 3 до 5 тысяч колебаний за одну минуту. При этом максимально сохраняются здоровые ткани, и природная форма корневого канала, зуб полностью сохраняет свои жевательные функции и способность выдерживать значительные нагрузки. Файл САФ не повреждает сверхчувствительные стенки корневых каналов, так как он не имеет режущих острых граней. При проведении работы с системой САФ внутрь зуба в автоматическом режиме происходит поступление дезинфицирующего раствора, который проникает на всю длину канала, тем самым значительно сокращая время, когда пациенту приходится держать свой рот открытым. Преимущество системы, САФ от стандартных монолитных инструментов, это полное отсутствие циклических торсиональных нагрузок, нередко из-за них стандартные инструменты ломались прямо в корневом канале, такая ситуация раньше приводила к потере зуба, но при помощи, файла САФ, возможность достать обломки из канала значительно выросла.

Вывод. Постановка правильного диагноза в сочетании с верным выбором новых материалов и передовых методик, создает условия, позволяющие с высокой вероятностью добиться успешного результата и обеспечить здоровое состояние периапикальных тканей и значительно снизить процент осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

- Мамедова Л. А., Подокойникова М. Н. Ошибки и осложнения в эндодонтии. М.: Медицинская книга, 2006. 43 с.
- Хоменко Л. А., Биденко Н. В. Практическая эндодонтия. Инструменты, материалы и методы. М.: Книга плюс, 2012. 216 с.

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Заитханов А. А.

руководитель канд. мед. наук, доцент С. Х. Юсупалиходжаева

Ташкентский государственный стоматологический институт,
кафедра факультетской терапевтической стоматологии
syx76.76@mail.ru

Эндокринные заболевания характеризуются прогрессирующим быстрым разрушением всех тканей пародонта. Изменения в пародонте определяют понятием «пародонтальный синдром», который обычно объединяется с воспалительными проявлениями.

Общими особенностями изменений в пародонте является прогрессирующее течение генерализованного пародонтита, быстрое формирование пародонтального кармана, патологическая подвижность зубов, склонность к образованию абсцессов, остеолиз костной ткани с образованием костных карманов, лакун и ее быстрое рассасывание. В случае выявления пародонтального синдрома пациента требует тщательного обследования эндокринолога, стоматолога или других специалистов. При этом у больных сахарным диабетом (СД) I и II типов имеются значительные нарушения микроциркуляции [Алексеева, 2002; Оганян, 2001]. У пожилых и старых людей СД возникает на фоне множественной соматической патологии (ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и др.) [Алексеева, 2002; Genco et al., 2010]. Диабетические нарушения обмена могут приводить к развитию остеопороза и остеолиза [Галикеева, 2004; Куторгин и др., 2002], что еще больше способствует поражению пародонта [Воложин, 2002; Demmer et al., 2008].

Материалы и методы исследования. Лечение проводилось у 46 пациентов, обратившихся к эндокринологу, в возрасте от 30 до 55 лет и давностью заболевания от 5 до 10 лет. Больные были разделены на 2 группы по 23 человека: пациенты с СД II типа в стадии компенсации и декомпенсации.

До начала лечения всем пациентам осуществлялась санация полости рта, обезболивание, антисептическая обработка пародонтальных карманов (ПК), удаление наддесневых на зубных отложений, временное шинирование зубов лигатурной проволокой с диаметром 1 мм, со стеклоиономерным цементом, избирательное шлифование

зубов, осуществлялось удаление поддесневых назубных отложений и кюретаж ПК. Всем больным проводилась антимикробная терапия. После ликвидации серозно-гнойного отделяемого из ПК больные методом случайной выборки были разделены на 2 группы. Больным 1-й группы на область пораженных ПК под защитно-фиксирующую повязку не менее чем на 2 часа накладывался «Холисал» гель. Больным 2-й группы применение геля «Холисал» чередовали с накладыванием на область пораженных ПК «Траумел С» под защитно-фиксирующей повязку. Для оценки использовали балльную оценку по Х.П.Камилову и О.Е.Бекжановой. Проводились клинические исследования микроциркуляции, рентгенологические методы исследования.

Результаты. В комплексном лечении пародонтита средней тяжести у больных СД II типа в стадии компенсации способствовало купированию воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта, при этом улучшилось гигиеническое состояние ротовой полости, повысилась клиническая эффективность лечения на 13,86%; устойчивость зубов к нагрузкам на 29,63 %. Применение геля «Траумел С» повышает эффективность традиционной терапии по нормализации показателей микроциркуляции на 21,89 %. При этом повысилось общая эффективность лечения на 22,61 % и сократилось срок лечения на 5,15 дня. Разработанный алгоритм лечения пародонтита у больных с СД II типа позволяет оптимизировать лечение, сократить его сроки и удлинить ремиссию. Результаты проведенных исследований расширяют представления об особенностях терапии данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

- Алексеева О. Влияние сахарного диабета на состояние пародонта и полости рта // Медицинская газета. М., 2002. № 74. С. 10–14.
- Воложин А.И. Патогенетические механизмы поражения пародонта при сахарном диабете // Стоматология нового тысячелетия: сб. тезисов. М.: Авиаиздат, 2002. С. 130–131.
- Галикеева А.И. Клинико-патогенетическое обоснование комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита с учетом нарушения минерального обмена и степени остеопороза костной системы / По материалам American Dental Association-ADA Online архив новостей. 2004.
- Куторгин Г.Д., Бородина Н.Б., Коробова Ю.В., Морева Н.А. Состояние зубов и пародонта при сахарном диабете и гипотиреозе // Стоматология нового тысячелетия: сб. тезисов. М.: Авиаиздат, 2002. С. 27–28.
- Оганян Э.С. Состояние пародонта у больных инсулинзависимым сахарным диабетом (клинико-лабораторное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2001. 18 с.

- Genco R. J. et al. Periodontal Disease and Overall Health: a clinician's guide. Yardley, Pennsylvania, USA, 2010. 319 p.
- Demmer R. T. et al. Periodontal disease and incident type 2 diabetes: Results from the First National Health and Nutrition Examination Survey and its epidemiologic follow-up study // Diabetes Care. 2008. N 31. P. 1373–1379.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Оганесян Д. Ф.

руководитель канд. мед. наук, доцент И. А. Никольская

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра терапевтической стоматологии
dr.oganesyandiana@gmail.com

В современных условиях заболевания пародонта представляют большую проблему для специалистов, так как они поражают до 90–95 % населения различных возрастных групп [Кузьмина, 1995]. Важным фактором риска, способствующим развитию воспалительных заболеваний пародонта, являются аномалии зубочелюстной системы [Каламкаров, 1995]. Для лечения зубочелюстных аномалий используют различные методы, и в последние годы наибольшее распространение получило применение несъемной ортодонтической техники [Хорошилкина и др., 1986; Персин, 1999]. Однако, процент осложнений (развитие воспалительных заболеваний пародонта — гингивит, пародонтит), выявленных в процессе ортодонтического лечения, остается еще высоким — от 32,7 до 50 % [Кисельникова и др., 1994; Улитовский, 2000а; 2000б; Рамм и др., 2001].

Актуальным является вопрос профилактических мероприятий по предупреждению и устранению воспалительных заболеваний пародонта с помощью современных средств для индивидуальной гигиены полости рта в процессе ортодонтического лечения, что и послужило целью исследования.

Цель исследования: Обоснование выбора индивидуальных средств гигиены полости рта у пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Материалы и методы исследования. На клинической базе кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава РФ в рамках проекта «Блестящая улыбка — залог успеха!» было проведено анкетирование и проспективное обследование 40 пациентов, которые имели предрасполагающие факторы риска возникновения заболеваний пародонта: 20 пациентов на момент обследования проходили ортодонтическое лечение и 20 пациентов имели зубочелюстные аномалии. Анкетирование показало, что 47 % участников используют только основные средства гигиены и 15 % опрошенных чистят зубы 1 раз в день. Все обследуемые пациенты были разделены на 4 группы по 10 человек. Две группы пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении, пользовались мягкими зубными щетками различных видов, такие как Curaprox ORTHO (с коротким рядом щетинок посередине) и Curaprox SMART (с уменьшенной головкой и большим количеством щетинок), монопучковой зубной щеткой и ёршиками для апроксимальных поверхностей. Группа пациентов с зубочелюстными аномалиями пользовались мягкой зубной щёткой Curaprox 5460 ultra soft и ёршиками для апроксимальных поверхностей, а контрольная группа продолжала пользоваться привычными средствами гигиены других производителей. Для определения индекса гигиены у пациентов, проходящих ортодонтическое лечение, использовался индекс ОРТО Улитовского, а для пациентов с зубочелюстными аномалиями — окрашивание по Грин—Вермиллион.

Результаты. В начале исследования неудовлетворительный уровень гигиены полости рта был зафиксирован у 65 % пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении. В группах с зубочелюстными аномалиями эта цифра составила 35 %. Кровоточивость десневой борозды проявлялась у 100 % пациентов во всех сегментах. Также в процессе анкетирования было выяснено, что 77 % обследуемых не используют средства для очищения апроксимальных поверхностей. Через месяц после начала данного исследования показатель индекса гигиены у пациентов с ортодонтическими конструкциями снизился на 47 % и 49 %, а у пациентов с зубочелюстными аномалиями — на 45 % по сравнению с контрольной группой. У 90 % обследуемых по проекту «Блестящая улыбка — залог успеха!» индекс кровоточивости был равен 0 (отсутствовала кровоточивость при использовании ёршиков). Все участники проекта отметили удобство и эффективность ёршиков для апроксимальных поверхностей в ежедневном использовании, по сравнению с зубной нитью.

Выводы. Исходя из полученных данных, разработанный алгоритм профилактических мероприятий, состоящий из ёршиков, монопучковых и мягких зубных щёток является эффективным комплексом для снижения риска заболеваний пародонта как у пациентов находящихся на ортодонтическом лечении, так и у пациентов с зубочелюстными аномалиями. Полученные результаты исследования послужили основой для создания методического пособия для врачей-стоматологов-ортодонтотв и памятки для пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении.

ЛИТЕРАТУРА

- Каламкаротв Х. А. Патогенез и принципы лечения функциональной перегрузки пародонта // Стоматология. 1995. № 3. С. 44–52.
- Кисельникова Л. П., Каминская Л. А., Стати Т. Н. Отдаленные результаты профилактики кариеса зубов постоянных моляров у детей // Вопросы организации и экономики в стоматологии: материалы конф. Екатеринбург, 1994. С. 79–81.
- Кузьмина Э. М. Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости как основа планирования программ профилактики стоматологических заболеваний: дис. ... д-ра мед. наук. М., 1995. 45 с.
- Персин Л. С. Ортодонтия: Лечение зубочелюстных аномалий. 2-е изд. М., 1999. 297 с.
- Рамм Н. J. L., Кисельникова Л. П., Юркова М. А. Несъемная ортодонтическая техника — риск развития осложнений // Институт стоматологии. 2001. № 4(13). С. 22–25.
- Улитовский С. Б. Гигиена полости рта при наличии ортодонтических конструкций // Новое в стоматологии. 2000. № 9 (89). С. 52–58.
- Улитовский С. Б. Прикладная гигиена полости рта // Новое в стоматологии. 2000. № 6 (86). 128 с.
- Хорошилкина Ф. Я., Малыгин Ю. М., Агаджанян С. Х. Профилактика зубочелюстных аномалий. Ереван: Луйс, 1986. 256 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СВЕТОВЕРЖДЕВАЮЩИХ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Мавжудов Ф.Б., Патхитдинов Ж.Ш.

руководитель канд. мед. наук, доцент С.Х. Юсупалиходжаева

Ташкентский государственный стоматологический институт,
кафедра факультетской терапевтической стоматологии
syx76.76@mail.ru

Актуальность темы. Одной из основных задач здравоохранения является сохранение здоровья, в том числе и стоматологического [Адилова, 2009; Леус, 2007].

Согласно данным глобального банка стоматологических заболеваний ВОЗ, кариес зубов и болезни пародонта являются наиболее широко распространенными стоматологическими заболеваниями во всем мире. Эпидемиологические обследования населения Узбекистана свидетельствуют о 100,0 % распространенности кариеса среди взрослого населения [Адилова, 2009; Леус, 2007; Муллажанова, Камилов, 2005].

Развитие стоматологического материаловедения, совершенствование методик реставрации твердых тканей зубов, несомненно, привели к повышению эффективности лечения кариеса зубов. Несмотря на это, до настоящего времени окончательно не решены все проблемы сохранения качества реставраций таких как нарушения краевого прилегания, сохранения цвета и поверхности реставраций [Горегляд, 2009; 2010; Муллажанова, Камилов, 2005].

Перечисленные проблемы обуславливают необходимость внедрения и клинической оценки новых пломбировочных материалов. Одним из таковых является новый светоотверждаемый микрогибридный композит Megafill МН для реставрации фронтальных и боковых зубов.

Цель: повышение качества лечения кариеса зубов путем дифференцированной терапии с применением композитных материалов.

Материалы и методы. Материалом для исследования явилась эмаль 50 зубов в различных стадиях развития кариеса: поверхностным, средним, глубоким и осложненным, запломбированных разными типами современных пломбировочных материалов: светотверждающими композитами и стеклоиономерными цементами.

Результаты. Сразу после пломбирования все светотверждающие композитные пломбы, поставленные по поводу поверхностного

и среднего кариеса, получили оценку 4 балла — великолепный результат лечения. У 3 (5,36 %) КЗ пломб и 2 (4,17 %) пломб из КЗ не удалось достичь идеального совпадения цветовых оттенков зуба и тканей пломбы, что и понизило общую оценку их лечения до 3 баллов (приемлемый результат). После пломбирования СИЦ не удалось достичь идеального совпадения цвета пломбы и тканей зуба. Цветовая «оранжировка» пломб не соответствовала оттеночным тканям зуба, что понизило общее эстетическое впечатление и определило клиническую оценку всех пломб из СИЦ 3 балла — приемлемый результат лечения. Динамический контроль за качеством пломб выявил изменение их качества, определяемое исходным диагнозом и видом пломбировочного материала. Изучение качества реставраций из композитов, через 6 месяцев после пломбирования, в зависимости от локализации пломб показало, что на пломбы, замещающие дефекты жевательной группы зубов, приходится минимальное количество дефектов. Так, на резцах общее количество дефектов, снижающих оценку качества пломб до 3 баллов составило 25,0 %; клыках — 35,5 %; на премолярах и молярах — по 36,5 % соответственно. На фронтальной группе зубов отсутствовали пломбы, требующие замены. На премолярах и молярах удельный вес пломб, требующий замены из профилактических целей, составил (2 балла) 6,25 % и 18,75 % соответственно; и 6,25 % пломб на молярах требовали немедленной замены (1 балл).

Заключение. Через 6 месяцев после пломбирования, качество пломб из СИЦ не имело существенных изменений. Изучение качества реставраций из композитов, через 6 месяцев после пломбирования, в зависимости от локализации пломб, показало, что на пломбы, замещающие дефекты жевательной группы зубов, приходится минимальное количество дефектов.

ЛИТЕРАТУРА

- Адилова Ш. Т. Поражаемость городского населения Узбекистана кариесом зубов (по материалам обследования населения 4-х городов) // Росс. стоматол. журн. 2009. Т. 4. С. 54–57.
- Горегляд А. А. Восстановление твердых тканей зуба светоотверждаемыми композитными материалами // Стоматологический журнал. 2009. № 1. С. 39–42.
- Горегляд А. А. Сравнительные результаты пломбирования светоотверждаемыми композитами при лечении болезней твердых тканей зубов // Стоматологический журнал. 2010. № 2. С. 129–134.
- Леус П. А. Кариес зубов. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация: учеб.-метод. пос. Минск: БГМУ, 2007. 35 с.

Муллажанова У.З., Камилов Х.П. Интенсивность и структура кариеса зубов у различных групп взрослого населения Ташкента // Мед. журн. Узбекистана. 2005. Т.6. С. 16–19.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ФИРМЫ «ЦЕЛИТ» ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОДОРОДНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

Чиркова К.Е., Орешкина Д.А., Деревнина Н.Г.

*руководители: канд. мед. наук, доцент И.В.Корецкая,
канд. мед. наук Т.А.Попова*

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра пропедевтической стоматологии
tatpvrnm@yandex.ru

Гиперестезия — это повышенная чувствительность тканей зуба к механическим, химическим и температурным раздражителям. Механизм возникновения гиперестезии заключается в раздражении чувствительных отростков одонтобластов при истончении, увеличении пористости эмали, а также при обнажении дентина, что и приводит к возникновению болевых ощущений у пациентов.

Согласно последним исследованиям, в России 40–70 % населения в возрасте от 20 до 65 лет страдает различными формами гиперестезии твердых тканей зубов. Гиперестезия может проявляться как самостоятельный синдром, так и выделяться в качестве признака основного заболевания. Наиболее часто это явление наблюдается при патологии тканей зубов некариозного происхождения, а также при кариесе и болезнях пародонта [Попова и др., 2015].

Фирмой «Целит» (Воронеж) предложено несколько препаратов для профилактики и лечения гиперестезии зубов. «Сенсидент» — это гель, в состав которого входят соли калия. Ионы калия, накапливаясь в дентинных канальцах, блокируют передачу нервных импульсов. Фторлак «Флюорофил бесцветный» содержит фторид натрия и фторид кальция в ионной форме. Малый размер частиц обеспечивает длительное и глубокое проникновение фтора и кальция в твердые ткани

зуба, в частности, в дентинные каналы. Образующаяся при нанесении данного фторлака на поверхности зуба пленка бесцветна, что имеет эстетическое значение для многих пациентов [Попова и др., 2016].

Цель исследования — изучение эффективности комплексного применения препаратов «Сенсидент» и «Флюорофил бесцветный» фирмы «Целит» при профилактике гиперестезии зубов в зависимости от водородного показателя ротовой жидкости.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужил контингент из 30 человек в возрасте 18–20 лет без выраженной сопутствующей патологии. Из них 10 (33 %) мужчин и 20 (67 %) женщин. Все пациенты были разделены на 3 группы по 10 человек в зависимости от pH ротовой жидкости:

- 1-я группа — пациенты с нейтральной pH ротовой жидкости,
- 2-я группа — со слабощелочной pH ротовой жидкости,
- 3-я группа — со слабокислой pH ротовой жидкости.

В работе были использованы следующие методы исследования:

- 1. Визуально — инструментальный осмотр.
- 2. Индекс ОНI-S (индекс гигиены полости рта).
- 3. КОСРЭ-тест.
- 4. Определение pH ротовой жидкости (экспресс-метод).

Результаты исследования. Измерение водородного показателя ротовой жидкости проводили с помощью бумажных экспресс-полосок. Индикаторную полоску обследуемые держали в полости рта 2–3 секунды, а через 20–30 секунд результат сравнивали с контрольной цветовой шкалой.

Всем отобранным для научного исследования пациентам был определен уровень гигиены полости рта с помощью индекса ОНI-S. Индекс ОНI-S показал в 75 % случаев удовлетворительный уровень гигиены полости рта у пациентов и в 25 % случаев — неудовлетворительный.

Затем всем пациентам была проведена профессиональная гигиена полости рта с целью получения в дальнейшем достоверных результатов исследования.

Профилактические мероприятия при гиперестезии зубов пациентам всех трех опытных групп проводились ежедневно. В начале после предварительного просушивания с помощью аппликатора наносили на чувствительные зоны зубов «Сенсидент» на 30–40 секунд, затем гель удаляли и покрывали зубы фторлаком «Флюорофил бесцветный». Полученная пленка сохранялась на эмали зубов до 24 часов.

Снижение болевой чувствительности отмечалось у всех пациентов уже после 1-ой процедуры. Полное исчезновение симптомов гиперестезии зубов наблюдалось после 2–3 сеансов у пациентов со слабощелочной и нейтральной рН ротовой жидкости, и после 3–4 процедур у пациентов со слабокислой рН ротовой жидкости.

В процессе терапии гиперестезии зубов клиническая динамика отслеживалась не только визуально-инструментально, но и с помощью КОСРЭ-теста. Перед началом профилактических процедур пациентам на зуб шприцом наносили каплю солянокислого буферного раствора на 60 секунд, а затем протравленный участок эмали в течение 1 минуты окрашивали 1 % водным раствором метиленового синего.

В последующие посещения проводилось повторное окрашивание зуба. Утрата протравленным участком свойства прокрашиваться расценивалось как полное его восстановление. Полное восстановление эмали наблюдалось на 2–3 день терапии у пациентов со слабощелочной и нейтральной рН ротовой жидкости, и на 3–4 день у пациентов со слабокислой рН ротовой жидкости.

Полученные показатели говорят о клинической эффективности профилактики гиперестезии зубов и повышении резистентности эмали зубов при комплексном применении препаратов «Сенсидент» и «Флюорофил бесцветный».

Выводы:

1. Наиболее эффективно комплексное применение препаратов «Сенсидент» и «Флюорофил бесцветный» фирмы «Целит» при профилактике гиперестезии зубов у пациентов со слабощелочной и нейтральной рН ротовой жидкости.
2. Незначительное увеличение продолжительности курса терапии гиперестезии зубов при слабокислой рН ротовой жидкости позволяет рекомендовать «Сенсидент» и «Флюорофил бесцветный» и при данном стоматологическом статусе.

ЛИТЕРАТУРА

- Попова Т.А. и др. Современный подход к проблеме качественного пломбирования зубов при лечении кариеса // Здоровье семьи — 21 век. 2015. Т. 1. С. 301–304.*
- Попова Т.А. и др. Эффективность применения фторлака фирмы «Целит» для лечения гиперестезии эмали при различной рН ротовой жидкости // Тенденции науки и образования в современном мире. 2016. № 19–2. С. 35–37.*

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ О ПРАВИЛАХ ПРОВЕДЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Королева Р. П.

руководитель Я. Ю. Седнева

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет имени акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра стоматологии профилактической
raya-koroleva@mail.ru

Актуальность. Кариес и воспалительные заболевания пародонта — самые распространенные стоматологические заболевания, осложнения которых, зачастую, приводят к потере зубов [Орехова и др., 2005]. По данным ВОЗ (2008 год) заболеваемость кариесом среди детского населения в России колеблется от 80 до 96 % [Дмитриева, 2013]. Доказано, что основной мерой профилактики стоматологических заболеваний является качественное проведение индивидуальной гигиены полости рта (ИГПР) [Орехова и др., 2005]. Обучение гигиене полости рта с детского возраста наиболее эффективно [Кривенко, 2012].

Цель: оценить информированность детей различного возраста в Ставропольском крае о правилах проведения индивидуальной гигиены полости рта.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 397 детей, разделенные на три возрастные группы (3–6, 7–11, 12–17), в которых было проведено анкетирование и обучение индивидуальной гигиене полости рта. Дальнейший статистический анализ, полученных данных проведен в программе Microsoft Excel.

Результаты. В ходе нашего исследования было выявлено, что ни один ребенок не посещает стоматолога с целью профилактического осмотра 1 раз в полгода и лишь 2 % делают это один раз в год. Следует отметить, что в эти 2 % вошли только дети 3-й возрастной группы. Основной причиной посещения стоматолога явилась сильная зубная боль (65 %) и дискомфортные болевые ощущения (32,5 %). Большинство детей 1-й и 2-й возрастных групп отметили, что родители не помогают и не контролируют их при чистке зубов (92 % и 98 % соответственно). 3 % из общего числа опрошенных ранее помогали родители.

Из полученных данных следует, что 76,5 % опрошенных знают о необходимости чистки зубов минимум 2 раза в сутки, однако проводят ее

с такой регулярностью лишь 35 %. Тогда как 50 % детей осуществляют чистку раз в сутки, а 13 % признались, что не чистят зубы по несколько дней в неделю. 1 % респондентов не чистят зубы вообще. Наше исследование показало, что среди детей старшей возрастной группы лишь 24,5 % утром и 41 % вечером тратят на чистку зубов 2–3 минуты. Зачастую, на утреннюю чистку зубов затрачивают времени меньше, чем на вечернюю. Менее 2-х минут утром чистят зубы 68,5 % опрошенных, а вечером — 34 %. 79,5 % опрошенных детей чистят зубы до завтрака, 35 % из них объясняют это тем, что за ночь в полости рта происходит размножение микроорганизмов, которые могут нанести вред ЖКТ, а остальные 44,5 % были просто приучены такому порядку родителями и не задумывались о причинах. Лишь 23 % всех опрошенных после вечерней чистки зубов не употребляют пищу. Почти половина (41 %) детей 1-й группы употребляют ее всегда (13 %) или очень часто (28 %). 61 % участвующих в исследовании детей не уделяют внимание чистке языка.

44,5 % опрошенных нами детей 3–6 лет пользуются взрослой зубной пастой, среди детей 7–11 лет число составило 79 %. При этом 63 % и 55 % детей первой и второй возрастной групп соответственно наносят зубную пасту на всю головку, ориентируясь на рекламу. Лишь 5,5 % из всех опрошенных наносят количество пасты размером с горошину, а 35 % на половину головки. Важно соблюдать срок эксплуатации зубной щетки. Среди детей старшей возрастной группы данную рекомендацию соблюдают лишь 24 %, а 33 % и 39 % меняют щетку раз в 6 месяцев и раз в год соответственно. Были и те, кто пользуется одной зубной щеткой более года (4 %).

Индекс гигиенических знаний С. Б. Улитовского равен 1,5, что говорит о низком уровне информированности о правилах проведения индивидуальной гигиены полости рта.

Выводы. Качественное проведение индивидуальной гигиены полости рта — основа профилактики стоматологических заболеваний. Грамотный уход за зубами складывается из многочисленных составляющих [Улитовский, 2005]. Однако следует понимать, что закладываются эти навыки в раннем детском возрасте. Следовательно, основная ответственность за поддержание высокого гигиенического уровня у детей ложится на плечи родителей [Кривенко, 2012]. Проведенное исследование демонстрирует, что дети Советского района Ставропольского края имеют низкий уровень гигиенических знаний о правилах ухода за полостью рта. Анкетирование показало, что дети данного

района не информированы во многих основных вопросах, касающихся индивидуальной гигиены. Такие результаты позволяют сделать выводы и о невысоком уровне информированности так же среди родителей этих детей, то есть среди взрослого населения. Таким образом, в данной местности необходимо усилить все возможные активные и пассивные методы санитарно-просветительской работы, рассчитанные на все возрастные группы.

ЛИТЕРАТУРА

- Дмитриева Л. А. Пародонтология: национальное руководство // ГЕОТАР-Медиа. 2013. 712 с.
- Кривенко Л. С. Особенности ультраструктурных изменений твердых тканей зубов у подростков в результате мероприятий профессиональной гигиены // Украинский медицинский альманах. 2012. № 2. С. 124–129.
- Орехова Л. Ю., Улитовский С. Б., Кудрявцева Т. В., Кучумова Е. Д., Краснободибцева О. А., Порхун Т. В. Стоматология профилактическая // ГОУ ВУНМЦ. 2005. 156 с.
- Улитовский С. Б. Индивидуальная гигиена полости рта: учебное пособие для стоматологических факультетов медицинских вузов. М.: «МЕДпресс-информ», 2005. 192 с.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Шайдулина В. Р.

руководитель д-р мед. наук, профессор Н. А. Соколов

ФГБОУ ВО «Санкт Петербургский государственный университет», кафедра стоматологии
nectome@gmail.com

Многочисленными зарубежными исследованиями выявлено большое количество вариаций строения корневых каналов, однако российских исследований в данной области проводится крайне мало. Поэтому изучение анатомических особенностей корней у жителей Северо-Западного федерального округа (далее — СЗФО) является актуальной задачей и имеет большую практическую значимость для стоматологов-терапевтов.

Цель исследования. Выявление особенностей строения корневых каналов жителей СЗФО (на примере крупного промышленного города Санкт-Петербурга).

Задачи исследования:

1. Оценить качество лечения зубов с осложненным кариесом.
2. Определить процент удаления зубов после лечения по поводу осложненного кариеса.
3. Оценить удобство работы с различными видами программ для работы с КЛКТ.
4. Определить особенности анатомии корневых каналов жителей СЗФО.

Методы и средства:

1. Рентгенографический: конусно-лучевая компьютерная томография.
2. Оценка качества эндодонтического лечения по данным КЛКТ.
3. Сравнение программ для просмотра снимков КЛКТ по особенностям базового интерфейса, удобству работы, качеству выходных данных.
4. Особенности анатомии канально-корневой системы оценивались по количеству корней и корневых каналов, типу по классификации Vertucci (1984), форме поперечного сечения каналов, наличию изгиба корня и направлению отклонения, соотношению с верхнечелюстным синусом и ментальным отверстием.

Предмет исследования: 63 компьютерные томограммы пациентов в возрасте от 26 до 64 лет.

Результаты и выводы:

1. Качество лечения зубов с осложненным кариесом

В среднем, на каждого человека приходится $5,73 \pm 0,51$ зуба, леченного по поводу осложненного кариеса. Качественная obturation наблюдалась в 71,2 % случаев.

2. Удаление зубов после лечения осложненного кариеса

В среднем, на каждого человека приходится $6,33 \pm 0,67$ удаленных зуба. Наиболее часто удаляются нижние первые моляры (19,9 % от всех удаленных зубов).

3. Программы для просмотра КЛКТ

Наиболее популярными программами в настоящее время являются Galileos viewer и Picasso viewer. Но для планирования эндодонтического лечения по качественным параметрам и удобству работы лучше подходят One volume viewer и CS 3D imaging.

4. Особенности анатомии корневых каналов жителей СЗФО

Наиболее часто нестандартную анатомию канально-корневой системы имеют первые и вторые премоляры, у них встретиться все возможные варианты строения каналов по классификации Вертуччи. Второй группой зубов по частоте вариативности строения являются верхние первые и вторые моляры, наиболее частая особенность — срастание корней и объединение каналов в различных комбинациях. Третья группа зубов с нестандартной анатомией — нижние резцы. У них при анализе саггитальных срезов встретился 2, 3, 4, 6 тип строения по классификации Вертуччи.

ПАРЕНИЕ: МОДНО, НО НЕ БЕЗОПАСНО

Цуркан И.В.

руководитель канд. мед. наук Н.Б.Данилова

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»,
кафедра стоматологии
superryda@mail.ru

В последние несколько лет в жизнь современных людей, особенно лиц молодого возраста, стремительно вошло такое явление, как парение. Изначально парение вейпов рассматривалось, как альтернатива курению. О негативном влиянии курения сигарет на организм человека на настоящий момент существует безоговорочное мнение, подтвержденное большим количеством фундаментальных исследований учеными разных стран мира. В нашей стране на основании таких данных разработаны и вступили в действие ряд нормативно-правовых документов, регулирующих употребление табака и направленных на минимизацию вредной привычки среди населения:

- Федеральный закон от 10.07.2001 № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака» [Герасименко, 2005];
- Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» [Федеральный закон..., 2013].

В тоже время исследований о влиянии парения на организм человека и разработанных на их основе документов, регламентирующих использование вейпов, на данный момент нет, поэтому парение допускается в абсолютно любых общественных местах, в присутствии как взрослых так и детей.

Однако в литературе и периодических публикациях уже встречаются разрозненные данные о негативном воздействии парения. Ряд авторов расценивает парение, как вредную привычку, даже при условии использования жидкостей, не содержащих никотин, а при использовании никотиновых жидкостей, потребитель должен учитывать то, что содержание никотина в вейпах не регламентируется, в отличие от обычных сигарет, соответственно можно нанести еще больший вред здоровью.

С точки зрения стоматологии при парении определяется целый комплекс факторов, которые могут негативно отразиться на полости рта человека. Одним из них является облако, которое содержит ряд опасных веществ, получающихся в результате химической модификации глицерина, как главной составляющей жидкостей для парения. Ученые, проводившие исследования в Национальной лаборатории им. Лоренса, выявили, что во время курения вейпа происходит выработка аклероина и формальдегида, образование мелкодисперсного пара. А облако, образующееся при парении, по размерам в несколько раз превышает облако дыма, образуемое при курении сигареты, и радиус действия негативных веществ значительно увеличивается. Учитывая то, что парение распространено в основном в среде молодежных компаний, существует риск перекрестного заражения инфекционными заболеваниями при передаче вейпа от одного человека другим.

Процесс парения сопровождается воздействием на ткани полости рта высоких температур. Некоторые модели парогенераторов позволяют достигать повышения температуры до 180°, что может вызвать ожог слизистой твердого неба, щек, губ.

Есть ряд клинических наблюдений врачей стоматологов, когда при лечении пациентов по поводу заболеваний твердых тканей зубов необходимо провести обезболивание, но эффект анестезии недостаточно выражен. Остаточная болевая чувствительность сохраняется в большей степени, если непосредственно перед посещением стоматолога человек использовал вейп.

Таким образом, мы хотели обратить внимание населения на то, что существует ряд факторов, ставящих под сомнение безвредность вей-

пов и целесообразность его использования в виде аналога сигареты с целью уменьшения вреда здоровью. При подтверждении негативного влияния на организм человека и с учетом все большей популярности, особенно в молодежной среде данного явления, актуальным вопросом становится разработка профилактических мероприятий по предотвращению вэйп-зависимости подростков, минимизации риска возможных осложнений и формированию здорового образа жизни населения.

ЛИТЕРАТУРА

- Герасименко Н. Ф. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. 2-е изд. М.: Гэотар Медицина, 2005.
- Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНОВИДНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБОВ НА РАННИХ СТАДИЯХ

Сребная Е. А.

*руководитель д-р мед. наук, профессор А. В. Митронин,
научный консультант д-р хим. наук, профессор А. А. Прокопов*

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра кариесологии и эндодонтии
dr.srebnaya@mail.ru

Актуальность: увеличение распространенности клиновидных дефектов среди пациентов молодого возраста [Афанасов, 2010; Федоров и др., 1997] повышает необходимость в ранней диагностике и поиске методов профилактики и лечения этой патологии. Отсутствие единого научного взгляда на причины и многофакторность возникновения данного заболевания [Litonjua et al., 2003], а также теория о предшествующем образовании дефекта повреждающем действии кислот на поверхность зуба [Shellis, Addy, 2014] вызывают интерес к изучению состояния ротовой жидкости у пациентов с этой патологией [Леонтьев, 2016; Новицкая, Терешина, 2013]. Для этих целей подходит метод ЯМР-спектроскопии, позволяющий анализировать характерные

особенности состава нативной биологической жидкости, не прибегая к сложной пробоподготовке [Фурина и др., 2014; Kageyama et al., 2015].

Цель исследования: оценить особенности состава ротовой жидкости у пациентов с клиновидными дефектами в пределах эмали.

Материал и методы. В рамках диссертационного научного исследования было обследовано 600 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте 18–30 лет, у 92 из которых обнаружены клиновидные дефекты твердых тканей зубов. Для лабораторного исследования был осуществлен сбор ротовой жидкости у 8 пациентов с клиновидными дефектами только в пределах эмали. Получение образцов слюны осуществлялось натошак, без предварительной чистки зубов и использования дополнительных средств гигиены полости рта. Для контроля были получены образцы ротовой жидкости пациентов без проявлений некариозных поражений в полости рта. Получение контрольных образцов производилось при тех же условиях.

Методом лабораторного исследования была выбрана спектроскопия магнитного резонанса ядер протонов (^1H), ядер изотопа углерода ^{13}C и изотопа фосфора ^{31}P образцов ротовой жидкости здорового человека (контроль) и пациентов с клиновидными дефектами зубов. Образцы слюны в калиброванных ЯМР-ампулах диаметром 5 мм, заполненных на высоту 50 мм, помещали в датчик спектрометра ЯМР во время записи спектров. Спектры ЯМР записаны при температуре пробы 37°C на спектрометре Bruker «AVANCE-300».

Результаты. Спектроскопия магнитного резонанса ядер протонов ^1H показала преобладание во всех образцах слюны масляной, муравьиной и пропионовой кислот, причем в контрольных образцах преобладала пропионовая кислота, а в образцах ротовой жидкости пациентов с клиновидными дефектами — масляная и муравьиная. Спектры ЯМР ядер углерода ^{13}C также показали содержание во всех образцах масляной, уксусной и пропионовой кислоты. Выдвинуто предположение, что содержание в образцах слюны пациентов с клиновидными дефектами муравьиной кислоты, которая химически более агрессивна, чем ее «предшествующая» форма — молочная кислота, может являться своеобразным маркером исследуемой патологии. Преобладание в ротовой жидкости этого соединения может свидетельствовать о повышенной активности некоторых видов микроорганизмов, следовательно, о наличии условий для деминерализации твердых тканей зуба. Спектроскопия ЯМР изотопа фосфора ^{31}P позволила предположить, что группы $(\text{PO}_4)_n$ слюны являются частью жидких плёночных

полимерных структур разной толщины. Интегральная концентрация $(PO_4)_n$ -гидроксиапатитных структур в образцах слюны пациентов и контроля практически одинакова, что указывает на перераспределение фосфорсодержащих единиц между плёночными структурами и фрагментами их дезинтеграции, в зависимости от степени развития патологии. Это также свидетельствует о присутствии процессов деминерализации твердых тканей зубов.

Выводы. ЯМР-спектроскопия ротовой жидкости выявила признаки процессов деминерализации, что дает основание необходимости проведения реминерализующей терапии для лечения и профилактики дальнейшего развития клиновидных дефектов.

ЛИТЕРАТУРА

- Афанасов Ф. П. Профилактика и лечение клиновидных дефектов зубов с сочетанным применением гидроксиапатит- и фторсодержащих препаратов: дис. ... канд. мед. наук. Ставрополь, 2010. 132с.
- Леонтьев В. К. Эмаль зубов как биокрибиернетическая система. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 72 с.
- Новицкая И. К., Терешина Т. П. Роль слюны в обеспечении процессов минерализации зубов (обзор) // Инновации в стоматологии. 2013. № 2. С. 37–41.
- Федоров Ю. А., Дрожжина В. А., Рубежова Н. В. Распространенность некариозных поражений зубов // Новое в стоматологии. Спец. вып. 1997. № 10. С. 7–21.
- Фурина Р. Р., Митракова Н. Н., Рыжков В. Л., Сафиуллин И. К. Метаболические исследования в медицине // Казанский медицинский журнал. 2014. Т. 95, № 1. С. 1–6.
- Kageyama G., Saegusa J., Irino Y., Tanaka S., Tsuda K., Takahashi S., Sendo S., Morinobu A. Metabolomics analysis of saliva from patients with primary Sjögren's syndrome // Clin. Exp. Immunol. 2015. Vol. 182, Issue 2. P. 149–153.
- Litonjia L. A., Andreana S., Bush P. J., Tobias T. S., Cohen R. E. Noncarious cervical lesions and abfractions: a re-evaluation // J. Am. Dent. Assoc. 2003. Vol. 134, Issue 7. P. 845–850.
- Shellis R. P., Addy M. The interactions between attrition, abrasion and erosion in tooth wear // Monogr. Oral. Sci. 2014. Vol. 25. P. 32–45.

ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ СКРИНИНГА ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ

Величко Е. А., Митронин А. В., Заблоцкая Н. В.

руководитель канд. мед. наук Н. В. Заблоцкая

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А. И. Евдокимова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра кариесологии и эндодонтии
welichko1995@mail.ru

По данным зарубежных исследователей гиперчувствительностью зубов страдает 10–30 % населения нашей планеты [Clark, Levin, 2016]; в России гиперестезии подвержено 69 % населения в возрасте от 30 до 59 лет [Гажва, 2012].

Цель исследования: разработка холодовой модели скрининга гиперестезии зубов, основанной на корреляции времени употребления пациентом стандартной порции мороженого и степени чувствительности зубов у него, и её использование для определения распространенности, степени, факторов развития, локализации гиперестезии твердых тканей зубов у конкретного пациента и в любой группе людей.

Задачи исследования:

1. Разработка электронной анкеты, предназначенной для скрининга гиперестезии зубов.
2. Проведение анкетирования среди студентов МГМСУ им. А. И. Евдокимова.
3. Анализ результатов, полученных на этапе анкетирования.
4. Подтверждение эффективности холодовой модели с помощью данных, полученных на этапе анализа, и клинических испытаний.

Материалы и методы. Разработана специальная анкета, учитывающая пол и возраст респондента, его соматический статус, наличие ксеростомии и вредных привычек, вкусовые предпочтения, длительность употребления стандартной порции мороженого или причина отказа от его употребления, реакция твердых тканей на холод, а в случае возникновения неприятных ощущений — их характер, локализация и интенсивность. На клиническом этапе в качестве объективного метода исследования выполнена проба Шиффа, в качестве субъектив-

ных методов — оценка ощущений по визуальной аналоговой, визуальной рейтинговой и цифровой рейтинговой шкалам.

Результаты исследования: проведено анкетирование 75 студентов МГМСУ им. А. И. Евдокимова. 69,3 % респондентов отметили какую-либо реакцию на воздействие холода (54,7 % — незначительный дискомфорт, 10,6 % — выраженный дискомфорт, 4 % — боль), что говорит об эффективности выявления гиперестезии зубов с помощью холодной модели. При этом в 73 % случаев гиперчувствительности была обозначена локализация неприятных ощущений в области сразу нескольких зубов; 12 % указали наличие боли, распространяющейся по всей челюсти, 11 % — в области одного зуба; 4 % — боли с иррадиацией в другие части головы. Исследование основано на предположении использования употребления респондентами мороженого как модели скрининга гиперестезии твердых тканей зубов. Изучена зависимость степени гиперестезии у респондентов от времени употребления ими стандартной порции мороженого. Полученные результаты показали прямую зависимость времени употребления мороженого от степени гиперестезии зубов, что подтверждает высокую эффективность использования холодной модели скрининга гиперестезии твердых тканей зубов. Также установлена зависимость наличия гиперестезии зубов от вредных привычек респондента (83,3 % курящих отметили реакцию твердых тканей зубов на воздействие холода), соматических заболеваний и наличия ксеростомии (у 100 % лиц с поражением желудочно-кишечного тракта и ксеростомией имеется та или иная степень гиперестезии), вкусовых предпочтений (лица, часто употребляющие сладкую пищу, в большем числе случаев подвержены гиперестезии), характера питания (частое употребление кислых соков и жевательной резинки способствует развитию гиперчувствительности зубов). Для доказательства эффективности модели проведены клинические испытания на 10 добровольцах из групп респондентов, отметивших возникновение неприятных ощущений; контрольную группу из 10 человек составили лица, не отметившие какой-либо реакции на холодное воздействие при употреблении мороженого. Отмечена корреляция степени гиперестезии зубов, выявленная с помощью холодной модели, и данных объективных (проба Шиффа) и субъективных (визуальная аналоговая, визуальная рейтинговая и цифровая рейтинговая шкалы) методов исследования, что подтверждает эффективность разработанной холодной модели скрининга гиперестезии твердых тканей зубов.

Выводы. Холодовая модель скрининга гиперестезии зубов, основанная на корреляции времени употребления пациентом стандартной порции мороженого и степени чувствительности зубов у него, показала высокую эффективность в определении распространенности гиперестезии, ее степени, локализации, факторов развития как у каждого конкретного пациента, так и на уровне любой группы людей.

ЛИТЕРАТУРА

- Clark D., Levin L. Non-surgical management of tooth hypersensitivity. // International Dental Journal. 2016. N 6. P. 259–256.
- Гажва С. И., Шурова Н. Н., Гулуев Р. С., Еремеева Д. А., Киптилова Т. А. Использование PRO-ARGIN технологии для лечения гиперчувствительности твердых тканей зубов у пациентов с заболеваниями пародонта // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 5. С. 2–6.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ В Г. ВОЛЖСКИЙ

Мулина А. А., Шхагошева А. А.

*руководители: канд. мед. наук А. С. Родионова,
канд. мед. наук, доцент В. Р. Огонян*

ФГБОУ ВО «Волгоградский Государственный Медицинский Университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра стоматологии детского возраста
missis.mulina2012@yandex.ru asya-008@list.ru

Введение. Кариес зубов — сложный мультифакторный, медленно развивающийся инфекционный процесс, при определенных условиях приводящий к развитию полостей в твердых тканях зубов [Николаев, 2016]. При отсутствии лечения, кариес зубов может приводить к осложнениям и даже удалению зубов [Родионова, 2015]. Для физиологического развития зубочелюстной системы и профилактики стоматофобии у детей важным этапом является своевременная диагностика и лечение кариеса зубов [Родионова, 2008; Родионова, 2010].

Цель исследования: изучить отдаленные результаты лечения кариеса зубов и его осложнений.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 100 амбулаторных карт детей до 6 лет, которые посещали детскую стоматологическую поликлинику города Волжский. Для более тщательного анализа всех детей объединили в 2 группы, в зависимости от возраста. Первую группу (39 детей) составили дети в возрасте 2–3 лет (средний возраст 2,6), вторую (61 ребенок) — дети в возрасте 4–6 лет (средний возраст 4,3 лет).

Результаты. В результате исследования в первой группе было выявлено 32 (82 %) здоровых детей, 2 (5,2 %) детей нуждающихся в санации и 5 (12,8 %) санированных. Во второй группе — 38 (62,3 %) здоровых детей, количество санированных — 15 (24,6 %), 8 (13,1 %) детей нуждались в санации. Среднее значение индекса КПУ в первой группе составило — 3,5; во второй группе — 4,2.

Анализ клинических случаев (в первой группе 138, во второй возрастной группе — 260 случаев) показал, что частота развития вторичного кариеса после пломбирования в первой возрастной группе составила — 6 (4,3 %), во второй — 8 (3 %).

В обеих группах наиболее часто были поражены окклюзионные поверхности жевательных зубов. В первой группе чаще всего были поражены следующие зубы: 75 (ОП) — в 19 (18,6 %) случаев, 55 (ОП) — 17 случаев (16,7 %), 65 (ОП) — 23 (22,5 %), 64 (ОП) — 15 (14,7 %), во второй: 75 (ОП) — 32 (25,8 %), 55 (ОП) — 26 (21 %), 65 (ОП) — 23 (18,5 %). В первой группе 74 (ОМ) — в 12 (11,8 %) случаев, 64 (ОД) — 16 (15,7 %) случаев. Во второй группе — 64 (ОМ)–14 (11,3 %), 74 (МОД)–17 (13,7 %), 84 (ОД)–12 (9,7 %).

В первой группе количество случаев с диагнозом кариес — 91 (65,9 %), пульпит — 43 (31,2 %), периодонтит — 4 (2,9 %). Во второй группе кариес — 121 (46,5 %), пульпит — 130 (50 %), периодонтит — 9 (3,5 %). В 74,4 % случаев в первой группе и 84,3 % случаев во второй группе во время стоматологического приема применялся традиционный метод лечения — препарирование и пломбирование кариозных полостей, в то время как консервативные методы (ремтерапия, серебрение, ручное препарирование) лечения применялись лишь в 25,6 % случаев в первой и 15,7 % случаев — во второй группе.

Витальные методы лечения пульпитов в первой возрастной группе использовали в 31,6 % случаев, во второй группе — в 42,7 % случаев.

Удаление исследуемых зубов по поводу осложненного кариеса (хронический гранулирующий периодонтит и его обострение) в первой группе проводили в 2,9 % случаев, во второй группе в 3,5 % случаев.

В обеих группах санацию полости рта завершили более 90 % детей.

В качестве пломбировочного материала при лечении кариеса и пульпита зубов наиболее часто использовали пломбировочный материал «Эвикрол» («Spofa Dental», Чехия): в первой группе — в 37,4 % (49 зубов), во второй — 33,8 % (136 зубов), зарубежный материал («Fuji IX, GC», Япония) применяли гораздо реже: в G1 — 14,4 % (18 зубов), в G2 — 14,24 % (58 зубов). В первой группе использовали «Аргенат» («Владмива», Россия) для лечения поверхностного кариеса методом серебрения в 16 % (21 зуб) и «Эмаль-герметизирующий ликвид» («HumanChemie», Германия) в 14,5 % (19 зубов). Во второй группе часто использовали «Кемфил» («СтомаДент», Россия) — 12,2 % (49 зубов) и «Глассин Рест» («ОмегаДент», Россия) — 17,9 % (72 зуба). Лечение кариеса зубов и его осложнений в первой группе проводилось под анестезией в 82 (60,3 %) случаев, во второй — 143 (70,8 %). В остальных случаях лечение проводилось без анестезии.

Выводы. В результате исследования можно сделать вывод, что наиболее часто в Волжскую городскую стоматологическую поликлинику обращались пациенты по поводу хронического фиброзного пульпита. Частота осложнений кариеса в обеих группах составила 3,5 %. В большинстве случаев в обеих группах во время стоматологического приема применяли традиционный метод лечения под местной анестезией. Чаще всего на стоматологическом приеме применяли бесплатный стоматологический материал.

ЛИТЕРАТУРА

- Николаев А. И. Практическая терапевтическая стоматология. 9-е изд. М., 2016.
- Родионова А. С. Сотрудничество родителей со стоматологом в вопросах лечения и профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста / Е. Е. Маслак, А. С. Родионова // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии. Волгоград, 2008. Вып. 1, т. 65. С. 61–65.
- Родионова А. С. Причины обращений детей раннего возраста в детскую стоматологическую поликлинику / Е. Е. Маслак, Д. С. Власова, А. С. Родионова, М. Л. Яновская, В. Л. Майер // Стоматология XXI века — эстафета поколений: сб. тр. науч.-практ. конф. М.: ММА им. Сеченова, 2010. С. 94–97.
- Родионова А. С. Новый стандарт ухода за полостью рта // Клиническая стоматология. 2015. № 3 (75). С. 20–21.

ПРЕДПОЧТЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ В ВОПРОСАХ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Гудко О.Г., Сартакова В.А., Сафонова А.С.

руководитель канд. мед. наук А.С. Родионова

ФГБОУ ВО «Волгоградский Государственный Медицинский Университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

кафедра стоматологии детского возраста

weinende_engel@mail.ru

Введение. Кариес зубов — сложный мультифакторный, медленно развивающийся инфекционный процесс, при определенных условиях приводящий к развитию полостей в твердых тканях зубов. При отсутствии лечения, кариес зубов может приводить к осложнениям и даже удалению зубов. Для физиологического развития зубочелюстной системы и профилактики стоматофобии у детей важным этапом является своевременная диагностика и лечение кариеса зубов [Родионова, 2018; 2010; Rodionova et al.].

Цель данного исследования заключалась в определении предпочтений врачей — стоматологов в вопросах выбора лечения кариеса зубов у детей.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования провели пилотное анонимное анкетирование 89 врачей-стоматологов, работающих в государственных и частных стоматологических клиниках в городах: Волгоград, Волжский, Котельниково. Каждый врач — стоматолог детского возраста заполнил отдельную анкету, поэтому в результате исследования было проанализировано 89 анкет. Для более тщательного анализа всех врачей объединили в 3 группы, в зависимости от места работы. Первую группу (G1 — 50 человек) составили врачи, работающие в г. Волгоград; вторую группу (G2 — 28 человек) — врачи, работающие в г. Волжский; третью группу (G3 — 11 человек) — врачи, практикующие в г. Котельниково.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что всего в анкетировании участвовали 89 врачей: 87 женщин (97,7 %) и 2 мужчин (2,3 %). В государственных стоматологических поликлиниках работали 68,5 % врачей, тогда как в негосударственных стоматологических поликлиниках — 31,5 %. По результатам анализа квалификации специалистов было выявлено, что 4,5 % (4 человека) не имеют врачебной категории, 13,5 % (12 человек) составили врачи второй ка-

тегории, 43,8 % (39 человек) — врачи первой категории и 38,2 % (34 человека) имели высшую врачебную категорию. Средний стаж работы врачей в первой группе (G1) — 29,0 лет; во второй (G2) — 11,61 лет; в третьей (G3) — 26,6 лет.

Согласно полученным данным, установлено, что ежедневное лечение детей раннего и дошкольного возраста на стоматологическом приеме проводили треть врачей Волгограда (37,08 % случаев) и 26,97 % врачей Волжского и только в 6,7 % случаев в городе Котельниково.

В вопросах выбора метода лечения малышей большая часть (66,9 %) врачей отдавала предпочтение традиционному методу лечения (препарирование и пломбирование кариозных полостей), в тоже время широко применялся метод серебрения (в 26,9 %), в остальных случаях применяли фторирование (3,2 %), лечение пескоструйным методом (1,5 %) и лечение лазером (1,5 %).

Отсроченный метод для лечения кариеса дентина у детей до 5 лет применяли 47,2 % врачей первой группы, 20,2 % врачей второй группы и только 5,62 % врачей третьей группы.

Для пломбирования кариозных полостей у детей до 5 лет, большинство врачей г. Волгограда применяли импортные материалы (в приме 76,7 % случаев), в г. Волжский применение импортных и отечественных материалов было приблизительно одинаковым (46,4 % на 53,6), в Котельниково врачи чаще применяли отечественный бесплатный материал (в 87,7 % случаев).

Из импортных платных материалов чаще всего для лечения кариеса дентина у детей раннего и дошкольного возрастов применяли стеклоиономерный «Fujy IX, GC», Япония (в 79,8 % случаев), реже «Vetriter, 3M, ESPE» (в 18,2 % случаев) и крайне редко «Direct XP, Densply» (в 2,0 % случаев). Среди бесплатных материалов лидирующее место занимал «Цемфил-10, OCV Reinforcements».

ЛИТЕРАТУРА

- Родионова А. С. Сотрудничество родителей со стоматологом в вопросах лечения и профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста / Е. Е. Маслак, А. С. Родионова // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии. Волгоград, 2008. Вып. 1, Т. 65. С. 61–65.
- Родионова А. С. Причины обращений детей раннего возраста в детскую стоматологическую поликлинику / Е. Е. Маслак, Д. С. Власова, А. С. Родионова, М. Л. Яновская, В. Л. Майер // Стоматология XXI века — эстафета поколений: сб. тр. науч.-практ. конф. М.: MMA им. Сеченова, 2010. С. 94–97.
- Rodionova A., Maslak E., Krivtsova D., Dudkina E. Non-invasive technique for treating carious lesions in primary molar teeth. Volgograd: Volgograd State Medical University.

АНАЛИЗ КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ

Пономаренко М.Г.

*руководители: канд. мед. наук А.С. Родионова, канд. мед. наук, доцент
В.Р. Огонян*

ФГБОУ ВО «Волгоградский Государственный Медицинский Университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра стоматологии детского возраста
marianna.abramova2015@yandex.ru

Введение. Ранний детский кариес является одной из существенных проблем во всех странах мира и его распространенность у детей составляет от 18,5 % до 71 % [Маслак, 2005; Родионова, 2008; Rodionova, 2012]. Хорошо известными факторами риска развития кариеса зубов в раннем возрасте являются длительные и частые ночные «бутылочные» кормления младенцев старше года, избыточное употребление сладкого, социально-экономические проблемы семьи [Маслак, 2005; Родионова, 2008; 2012; Родионова и др., 2015; Rodionova, 2012]

Цель работы. Выявить частоту встречаемости различных кариесогенных факторов у детей раннего и дошкольного возрастов.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование родителей 35 детей раннего и дошкольного возрастов, которые находились на лечении в частной стоматологической клинике г. Волгограда по поводу неосложненного кариеса зубов. В исследовании приняли участие 17 мальчиков (48,60 %) и 18 девочек (51,40 % (средний возраст 3,6 лет) и их родители. Анкетирование включало сбор данных о факторах риска развития кариеса и его осложнений (характере питания, гигиене полости рта, режиме посещения стоматолога и т.д.). Для полноценного выявления дополнение к сбору жалоб и анамнеза проводилось обязательное анкетирование пациентов.

Результаты исследования. 83,4 % опрошенных чистили зубы два раза в день, в то время как 10,8 % — один раз в день вечером, 5,8 % опрошенных вообще не чистили зубы. Средний возраст начала чистки зубов составил 1,1 год. В среднем время чистки зубов занимало 1–2 мин. В 94 % случаев родители помогали детям проводить гигиену полости рта, в то время как 6,0 % детей раннего и дошкольного возрастов чистили зубы самостоятельно. Для гигиены полости рта 89,7 % родителей покупали своим детям пасты, без содержания фто-

рида. В среднем, уровень гигиены у детей был неудовлетворительным. Среднее значение КПУ составило 2,4.

Состав зубной пасты на упаковке интересовал треть пациентов (28,5 %). Цена зубной пасты волновала только 5,9 % респондентов. В то время как 94,1 % пациентов не обращали внимания на цену, но делали свой выбор, опираясь на рекламу.

Грудное вскармливание у опрошенных детей, в среднем, продолжалось до 1,3 лет. 37,1 % ответили, что ночное вскармливание проводилось в течение всей ночи, 37,2 % не кормили по ночам, 20 % кормили за всю ночь всего 1 раз, 5,7 % кормили 2 раза за ночь.

68,57 % часто ели сладости (конфеты 45, %, сладкий чай — 34,3 %) 17,35 % опрошенных пили сладкие соки и компоты.

100 % пациентов не назначали таблетки фторида натрия, 68,57 % родителей не знали, какую пользу приносят фториды.

40 % пациентов составляли часто болеющие дети, 60 % дети, которые болели 1–2 раза в год. Более половины опрошенных хоть один раз в жизни принимали антибиотики (57,1 %).

Первое посещение стоматолога в среднем происходило в возрасте 3,3 года: 68,57 % — с лечебной целью, 31,5 % — с целью первичного осмотра.

Для 52,4 % пациентов цена пломбы для лечения молочных зубов у детей не имела значения, приемлемая цена пломбы для них составляла более 1000 рублей.

В первичное посещение каждому пациенту были даны рекомендации по уходу за полостью рта, назначены фторидсодержащие зубные пасты, в зависимости от возраста ребенка, скорректировано питание, рекомендовано отказаться от сладкого и сладких напитков и проводить диспансерное наблюдение раз в 3 месяца.

Заключение. Проведенное анкетирование родителей детей раннего и дошкольного возрастов выявило большое количество кариесогенных факторов полости рта малышей, что позволило сформулировать индивидуальный план лечения и профилактики кариеса в каждом клиническом случае.

ЛИТЕРАТУРА

Маслак Е. Е. Влияние вида вскармливания на состояние зубов двухлетних детей при различном уходе за полостью рта / Е. Е. Маслак, Н. В. Куюмджиди, Т. К. Бердикова, В. Е. Ломовских // Матер. VI междунар. науч.-практ. конф. «Здоровье и Образование в XXI веке». М., 2005. С. 274–275.

- Родионова А. С.* Сотрудничество родителей со стоматологом в вопросах лечения и профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста / Е. Е. Маслак, А. С. Родионова // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии. Волгоград, 2008. Вып. 1, т. 65. С. 61–65.
- Родионова А. С.* Влияние гигиены полости рта на содержание Streptococcus Mutans в зубном налете детей 8–14 месяцев / Е. Е. Маслак, А. С. Родионова, М. Л. Яновская // Актуальные вопросы стоматологии детского возраста и профилактики стоматологических заболеваний. М.; СПб., 2012. С. 114–115.
- Родионова А. С., Каменова Т. Н., Афонина И. В., Хмызова Т. Г., Оганян В. Р.* Современный подход к профилактике кариеса на популяционном уровне // Проблемы стоматологии. 2015. Т. 11(3–4). С. 25–31.
- Rodionova A. S.* Oral health and oral hygiene in 24–30-month-children in Volgograd in connection with participation in Dental Health Program / A. Rodionova, E. Maslak, V. Shkarin, S. Kneist, A. Borutta // 5th International Meeting on Methodological Issues in Oral Health Research: Abstractbook. Graz, 2012. P. 48.

ПРИМЕНЕНИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ С ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА У ПАЦИЕНТОВ С ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Боловина А. Д., Зыкина М. А., Иовкова Н. Р.

*руководители: канд. мед. наук А. С. Родионова,
канд. мед. наук, доцент В. Р. Оганян*

ФГБОУ ВО «Волгоградский Государственный Медицинский Университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра стоматологии детского возраста
a-reana@yandex.ru

Введение. Распространенность зубочелюстных аномалий в России и за рубежом достаточно велика и колеблется от 11,4 % до 71,7 % [Блашкова и др., 2014; Варавина, 2004; Гонтарев и др., 2013]. В настоящее время лечение зубочелюстных аномалий осуществляется как с помощью съёмной (СОТ), так и несъёмной ортодонтической техники (НОТ). У лиц, находящихся на ортодонтическом лечении распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний проявляется значительно больше, чем у лиц, не имеющих ортодонтические конструкции в полости рта [Вавилова, Коржукова, 1997]. Ортодонтическая аппаратура ухудшает кариесогенную ситуацию в полости рта, осложняя индивидуальные гигиенические меро-

приятия, благоприятствует отложению мягкого зубного налета и задержке пищевых остатков, при этом изменяется микробиологический статус, увеличивается общая микробная масса [Родионова, 2015].

Анализ литературы доказывает важность и актуальность проблемы: С. Н. Гонтарев и соавт. отмечали, что нарушение гигиены полости рта имело место в 40 % случаев при использовании НОТ [Косюга, Ботова, 2015]. По данным М. В. Кабачек и О. И. Арсениной, необходимо проводить эндогенную безлекарственную профилактику (снижение частоты потребления углеводов) и экзогенную лекарственную профилактику кариеса зубов (проведение профессиональной гигиены полости рта, обучение индивидуальным гигиеническим навыкам, применение кальция и фторсодержащих препаратов для местного лечения кариеса зубов) у лиц, находящихся на ортодонтическом лечении. Для качественного ухода за полостью рта во время лечения рекомендовано использование лечебно-профилактических зубных паст, обладающих противокариесным, противовоспалительным, противомикробным и противоналетным действием [Арсенина и др., 2002].

В то же время в зарубежной литературе все чаще появляется информация об эффективном лечении начального кариеса с помощью зубных паст с высоким содержанием фторидов (5000 ppm) [Родионова, 2014].

Цель исследования: проанализировать состояние полости рта у пациентов с очаговой деминерализацией эмали, находящихся на различных этапах ортодонтического лечения, и оценить эффективность пасты с содержанием фтора 5000 ppm.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 40 пациентов с очаговой деминерализацией эмали (ICDAS 1–2), находящихся на ортодонтическом лечении, (19 женщин и 21 мужчин) в возрасте от 14 до 23 лет. Путем простой рандомизации они были разделены на 2 группы: первую группу (группу сравнения) составили пациенты (20 человек), которые чистили зубы зубной пастой с высоким содержанием фторида (5000 ppm), вторую группу (группу контроля) — пациенты (20 человек), которые чистили зубы зубной пастой со стандартным содержанием фторида (1450 ppm).

Каждому респонденту проводили ряд диагностических процедур: определяли степень активности кариеса (КПУ), индекс гигиены полости рта Грина—Вермиллиона, пародонтальный индекс РМА, глубину кариозного поражения (по ICDAS), проводили колориметрический тест 2 % водным раствором метиленового синего для выявления

Критерии оценивания		1 группа		2 группа	
		1 посещение	2 посещение	1 посещение	2 посещение
		20	17	20	18
Количество людей					
Индекс гигиены по Грину—Вер-миллиону	Хороший уровень гигиены	30 %	64,7 %	55 %	72,2 %
	Удовлетворительный уровень гигиены	50 %	23,5 %	35 %	22,2 %
	Плохой уровень гигиены	20 %	11,8 %	10 %	5,6 %
РМА	Легкая степень гингивита	85 %	94,2 %	85 %	100 %
	Средняя степень гингивита	15 %	5,8 %	15 %	0 %
	Тяжелая степень гингивита	0 %	0 %	0 %	0 %
КПУ(з)	Низкий уровень интенсивности кариеса	55 %		25 %	
	Умеренный уровень интенсивности кариеса	30 %		65 %	
	Высокий уровень интенсивности кариеса	15 %		10 %	
КПУ (п)	Количество поверхностей, подверженных кариесу	17		23	
ICDAS	1 балл (видимые после высушивания очаги деминерализации)	19 поверхностей		39 поверхностей	
	2 балла (четкие видимые изменения на эмали зуба)	40 поверхностей		37 поверхностей	
	3 балла (локализованное разрушение эмали)	13 поверхностей		15 поверхностей	
	4 балла (под эмалью просвечивает потемнение дентина)	4 поверхностей		6 поверхностей	
	5 баллов (четкая кариозная полость с видимым размягченным дентином)	0 поверхностей		2 поверхностей	

участков деминерализации эмали (Колор-теста № 3, «Владмива»). Оценку окрашивания эмали проводили по 10-балльной шкале. Всех участников обучали гигиене полости рта. Через 3 месяца при повторном исследовании проводились те же диагностические процедуры.

Результаты исследования. Было исследовано 5274 поверхности зубов, 135 из них с очаговой деминерализацией (ICDAS₁₋₂). Средний бал окрашивания деминерализации в первой группе равен 3,5 балла из 10, во второй группе — 3 балла из 10. После применения пасты с содержанием фторида 5000 ppm в течение трех месяцев в первой группе интенсивность окраски снизилась в среднем на 1,6 баллов (у 12 человек из 17). Во второй группе после трех месяцев применения пасты со стандартным содержанием фторида (1450ppm) интенсивность окраски снизилась в среднем на 0,3 балла (у 4 человек из 18).

Среднее значение индекса КПУ в первой группе составило 2,75, во второй — 3,55. Среднее значение индекса РМА в первой группе составило 8,62 %, во второй группе — 7,18 % в первое посещение, 3, 51 % и 4,02 % во второе посещение соответственно. Среднее значение индекса гигиены по Грину—Вермиллиону составило в первой группе 1,11, во второй группе — 0,84 в первое посещение, 0,55 и 0,59 во второе посещение соответственно (см. таблица).

Таким образом, проанализировав полученные данные, мы можем сделать следующий **вывод**: применение пасты с высоким содержанием фторида (5000 ppm) у пациентов с очаговой деминерализацией, находящихся на различных этапах ортодонтического лечения, показало свою эффективность по сравнению с использованием зубных паст со стандартным содержанием фторида (1450 ppm).

ЛИТЕРАТУРА

- Арсенина О. И., Сахарова Э. Б., Кабачек М. В., Попова А. В. Лечебно-профилактические мероприятия при ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники. М.: Нефть и газ, 2002. 56 с.
- Блашкова С. Л., Мустафин И. Г., Халиуллина Г. Р. Роль эндогенных антимикробных пептидов в развитии воспалительных заболеваний пародонта у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении // Фундаментальные исследования. 2014. № 4. С. 461–465.
- Вавилова Т. П., Коржукова М. В. Профилактика стоматологических заболеваний при лечении современными ортодонтическими аппаратами. М., 1997. 35 с.
- Варавина О. А. Индивидуальное прогнозирование кариеса при коррекции зубочелюстных аномалий с использованием несъемной ортодонтической аппаратуры: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 25 с.

- Гонтарев С. Н. и др. Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта при использовании съемной и несъемной ортодонтической аппаратуры // Научные ведомости БелГУ. 2013. Т. 22, № 11–1(154). С. 15–18.
- Косюга С. Ю., Ботова Д. И. Состояние полости рта у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6.
- Родионова А. С. Опыт применения нового метода выявления и оценки кариозных поражений у детей раннего возраста с помощью международной системы ICDAS II // Стоматология — наука и практика. Перспективы развития: материалы научно-практической конференции студентов и молодых ученых в рамках III Всероссийской олимпиады по стоматологии / гл. ред. В. И. Петров. 2013. С. 83–86.
- Родионова А. С. Современные аспекты применения местных фторидов для профилактики кариеса у детей // Институт стоматологии. 2014. № 3, вып. 64. С. 34–36.
- Родионова А. С. Новый стандарт ухода за полостью рта // Клиническая стоматология. 2015. № 3. Вып. 75. С. 20–21.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ НАНОИМПРЕГНАЦИИ ДЕНТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ

Заблоцкая М. В.

руководитель д-р мед. наук, профессор А. В. Митронин

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени
А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России,
кафедра кариесологии и эндодонтии
prmmargarit@gmail.com

Распространенность гиперестезии среди населения колеблется в разных странах в среднем от 1,3 % (Нигерия) до 55,4 % (Великобритания). Наиболее часто (до 60–90 %) симптом повышенной чувствительности встречается при заболеваниях пародонта, сопровождающихся рецессией десневого края (заболевания пародонта), а также после проведения профессиональной гигиенической обработки зубов или хирургических вмешательств на тканях пародонта) [Леонтьев, Шурупов, 2002; Rees, Addy, 2004]. По мнению Э. М. Кузьминой (2003), около 40 % населения в мире имеют повышенную чувствительность зубов [Кузьмина, 2003]. Основатель гидродинамической теории М. Бранстром утверждает, что любое гидродинамическое воздействие изменяет давление внутри дентинных канальцев и тем самым вызывает

изменение скорости тока в них зубной жидкости, что в свою очередь механически раздражает нервные окончания волокон, вызывая боль [Taani, Awartani, 2001]. При закрытии дентинных канальцев происходит восстановление давления, что приводит к быстрому устранению болевой чувствительности. В эндодонтии для лечения «проблемных» зубов А. Knappwost (Германия) предложил методику «депофореза» препарата гидроксида меди-кальция (ГМК) [Knappwost, 1998]. В то же время, глубина проникновения obturiрующих частиц в дентинные канальцы при этом методе ограничена несколькими микронами. Появление новых препаратов для устранения гиперестезии, отсутствие методов оценки эффективности различных средств для ее лечения свидетельствуют об актуальности проблемы и целесообразности проведения исследования по изучению импрегнации дентина зубов в лабораторных условиях.

Цель. Оценить эффективность методов наноимпрегнации дентина зубов частицами гидроксида меди-кальция в условиях *in vitro*.

Материал и методы. Исследование проводились на 10 удаленных, по показаниям, зубах с ранее выявленной гиперестезией дентина. Из них 5 зубов подвергали электрофорезу с ГМК. Вторую группу (5 зубов) обрабатывали методом гальванофореза с ГМК. После воздействия на зубы соединения меди переводили действием тиосульфата натрия в нерастворимый сульфид меди (I) черного цвета. Затем зубы декальцинировали и готовили прозрачные препараты. Гистологическое и электронно-микроскопическое исследования гистопрепаратов производили в компьютеризированной оптической системе «AxioPLAN 2» (Цейс). Для оценки количества соединений меди, проникших в ткань зуба, была применена методика определения оптической плотности компьютерного изображения в области, занятой отложениями сульфида меди. Произведение средней концентрации окрашенных площадей изображения на оптическую плотность отражает суммарную концентрацию солей меди в образце.

Результаты исследования. В экспериментальных сериях исследований на прозрачных макропрепаратах зубов, подвергавшихся гальвано- и электрофорезу, выявлены темно-коричневые и темно-фиолетовые участки отложений сульфида меди (I). При электрофорезе в дентине выявлены отложения, имеющие диффузный неравномерный характер импрегнации в ткани зуба ГМК. После проведения гальванофореза ГМК отмечается более равномерное распределение отложений сульфида меди в разных слоях дентина и на его поверхности. При

оценке количества соединений меди, были получены практически одинаковые значения суммарных концентраций солей меди в изучаемых образцах, а также долей площади изображения зуба. Сканирующая электронная микроскопия спилов зубов позволила выявить высокую степень obturации дентинных трубочек. По данным проведенного светооптического анализа исследованных зубов не выявлено разницы в плотности осадка сульфида меди. Так, оптическая плотность составила 52 ± 16 ед. при электрофорезе и 53 ± 7 ед. ($p = 0,93$) после импрегнации при гальванофорезе. При этом доля площади изображения зуба, дающая окраску на медь, составила $30,4 \pm 18,0 \%$ и $30,9 \pm 11,7 \%$ ($p = 0,96$) соответственно.

Выводы. Сравнение гистопрепаратов показало, что при гальванофорезе большее число дентинных трубочек заполнено ГМК, чем при электрофорезе (в среднем — в 1,5 раза на единицу площади препарата). Эффективность гальванофореза выше, чем электрофореза, поскольку на прозрачных макропрепаратах зубов при первом определяются более равномерные участки отложений сульфида меди. Важным преимуществом наноимпрегнационных технологий является их способность надежно obturировать практически все дентинные трубочки на поверхности дентина в области гиперестезии, значительно повышая эффективность лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- Кузьмина Э. М. Повышенная чувствительность зубов. М.: МГМСУ, 2003. 63 с.
- Леонтьев В. К., Шурупова Н. Н. О механизмах тактильной чувствительности зубов // Институт стоматологии. 2002. № 1. С. 32–34.
- Knappwost A. Physikalisch Chemische High Tech fireine Neue Endodontie am Beispieli der Kupfer-Calciumhydroxid-Depotphorese // D.Z.W., Special «High Tech». 1998. N 11. S. 33.
- Rees J. S., Addy M. A cross-sectional study of buccal cervical sensitivity in UK general dental practice and a summary review of prevalence studies // Int. J. Dent. Hyg. 2004. Vol. 2, N 2. P. 64–69.
- Tani D. Q., Awartani F. Prevalence and distribution of dentin hypersensitivity and plaque in a dental hospital population // Quintessence Int. 2001. Vol. 32, N 5. P. 372–376.

ПРОБЛЕМА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА В МАЛЫХ ГОРОДАХ РОССИИ

Юркевич И. Ю.

руководитель канд. мед. наук В. Н. Наумова

ФГБОУ ВО «Волгоградский Государственный Медицинский Университет»

Министерства здравоохранения России,

кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний

yurkevichinka@mail.ru

В настоящее время в РФ насчитывается около 9,6 млн больных сахарным диабетом (СД), при этом есть основания предполагать, что реальное количество больных гораздо больше. Согласно данным ФГБУ «Эндокринологический научный центр» (2014), каждый четвёртый гражданин России находится в группе риска развития сахарного диабета. Так как распространённость СД растёт быстрыми темпами, высок риск инвалидизации, потери трудоспособности и смертности населения, особенно актуальной становится ранняя диагностика заболевания, когда ещё нет симптомов органной патологии. В 2010 г. в Волгоградской области сотрудниками ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» МЗ РФ была изучена степень влияния основных факторов риска на распространённость сахарного диабета II типа. Результаты проведённого исследования показали, что скрининг-метод по выявлению новых случаев предиабета и диабета на основе анкетирования имеет высокий уровень достоверности и информативен с диагностической и клинической точек зрения [Сабанов и др., 2011]. Особенно остро проблема ранней диагностики сахарного диабета стоит в малых городах России [Маслак и др., 2014]. Так как сахарный диабет и заболевания пародонта тесно взаимосвязаны [Михальченко и др., 2013; Наумова, Маслак, 2013], мы провели скрининговое анкетирование для выявления групп риска сахарного диабета среди пациентов стоматологической поликлиники г. Котельниково Волгоградской области.

Цель работы: провести скрининговое анкетирование для выявления предиабета среди пациентов стоматологической поликлиники г. Котельниково и оценить его эффективность.

Материал и методы. Проинтервьюировано 96 человек, из них 55 женщин и 41 мужчина. Использовали «Опросник для пациентов, позволяющий предположить наличие предиабета или диабета 2 типа у больного», предлагаемый в «Алгоритмах специализированной ме-

дицинской помощи больным сахарным диабетом» [Алгоритмы..., 2013].

Результаты и обсуждение. В обследовании приняли участие пациенты трудоспособного возраста 35–55 лет. Индекс массы тела в среднем составлял 25–30 кг/м². Респонденты, согласно полученным нами данным, пренебрегали правильным питанием и физическими нагрузками. На вопрос «Был ли у Ваших родственников сахарный диабет I или II типа?» утвердительно ответили 34,4%. Заболеванием десен страдали — 45,8% респондентов, однако, к врачу пародонтологу для лечения дёсен обращался только лишь каждый пятый из участников опроса (20,8%). Анализ ответов показал, что риск возникновения заболевания среди участников опроса был умеренным, высоким или очень высоким и коррелировал с клиническими проявлениями воспаления тканей пародонта. Всем пациентам, вошедшим в группу риска сахарного диабета (58 чел.), была разъяснена взаимосвязь СД и воспалительных заболеваний пародонта и рекомендовано обследоваться у эндокринолога.

Таким образом, опрос пациентов на приеме у врача-стоматолога с помощью «Опросника...» поможет решить проблему ранней диагностики сахарного диабета. Применение метода скринингового анкетирования в условиях стоматологического кабинета позволяет с высокой степенью достоверности предположить наличие заболевания у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта, которые ранее не обследовались у эндокринолога. Результаты теста помогают мотивировать пациентов обратиться к эндокринологу, когда клинических симптомов сахарного диабета ещё нет.

ЛИТЕРАТУРА

- Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. 6 вып. М., 2013.
- Маслак Е. Е., Чеботарёва О. А., Наумова В. Н. Диабет в городе: социальная роль врачей-стоматологов в борьбе с болезнью // Социология города. 2014. № 2. С. 92–101.
- Михальченко Д. В., Маслак Е. Е., Наумова В. Н., Данилина Т. Ф., Бадрак Е. Ю. Взаимосвязь сахарного диабета с заболеваниями полости рта: что знают об этом врачи-стоматологи и их пациенты? // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2013. № 2 (38). С. 51–53.
- Наумова В. Н., Маслак Е. Е. Сахарный диабет и стоматологическое здоровье: проблемы диагностики и лечения пациентов стоматологических клиник // Практическая медицина. 2013. № 4 (72). С. 10–14.

РАЗРАБОТКА КОМПАКТНОГО ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА БЕЗОПАСНОГО ДЛЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖКТ

Никонова А. В., Кашкина А. А., Емелина Е. С., Пылайкина В. В.

*руководители: канд. мед. наук, доцент Е. Е. Воробьёва,
канд. мед. наук, доцент Н. К. Кузнецова*

ФГБОУ ВО «Пензенский Государственный университет»,
Медицинский институт, Факультет стоматологии
anyanikonova@mail.ru, a-do-des-ka@mail.ru, lenusyaa@bk.ru, p-vladlena@mail.ru

Цель: разработка и внедрение компактного ополаскивателя для полости рта безопасного для слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

В настоящее время распространенность использования ополаскивателей для полости рта составляет около 38 %. Однако современные ополаскиватели имеют ряд недостатков: нельзя глотать, неудобно носить с собой, возможно раздражение слизистой оболочки ЖКТ, могут вызвать тошноту или диарею при проглатывании.

Этапы полоскания полости рта:

1. Использовать после приёма пищи или чистки зубов.
2. Наполнить колпачок ополаскивателем.
3. Полоскать в течении 1 минуты энергичными движениями мимических мышц.
4. Проглотить.

В настоящее время ополаскиватели для полости рта обеспечивают уменьшение зубного налета, поддерживают здоровье десен, защищают от кариеса, решают проблемы с деснами, делают дыхание свежим.

Ополаскиватель на основе стабилизированного диоксида хлора в добавление ко всем вышеперечисленным свойствам: уничтожает инфекцию слизистых оболочек полости рта, горла; уменьшает зубную боль; помогает при кровоточивости десен, стоматите, расстройствах и язвах желудка, отравлениях и рвоте.

На основе проведенных исследований были выявлены результаты сравнения ополаскивателя для полости рта «Listerine» и предлагаемого средства. Результаты представлены в таблице.

Аналоги Сравнение, параметры	Ополаскиватель для полости рта «Listerine»	Предлагаемое средство
1. Время проведения процедуры	1 мин	1 мин
2. Объем ополаскивателя	250 мл	100 мл
3. Стоимость средства	280 рублей	100 рублей

Преимущества предлагаемого средства в следующем:

- 1) удобство при использовании в экстренных случаях;
- 2) безопасность и высокая эффективность;
- 3) универсальность и широкий спектр применения;
- 4) выраженные антисептические и противовоспалительные свойства;
- 5) антибактериальное и противогрибковое действия.

РАЗРАБОТКА КАПП С РЕТЕНЦИОННЫМИ ПУНКТАМИ Д ЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА СИСТЕМОЙ ICON

Емелина Е. С., Пылайкина В. В., Никонова А. В., Кашкина А. А.

руководители: М. Н. Суворова, канд. мед. наук, доцент Г. В. Емелина

ФГБОУ ВО «Пензенский Государственный Университет»,

Медицинский Институт, факультет Стоматологии

lenaamelina@mail.ru, p-vladlena@mail.ru, anyanikonova@mail.ru, a-do-des-ka@mail.ru

В настоящее время профилактика кариеса остается ведущей стоматологической проблемой у детей раннего и дошкольного возрастов, так как распространенность и интенсивность кариеса у детей остается высокой и имеет тенденцию к увеличению.

Кариес — одно из самых распространенных стоматологических заболеваний. По статистике, им страдает около 65 % детей от 2 до 4 лет. При лечении кариеса системой ICON возникает чувствительность зу-

бов, чтобы ее не было, мы предлагаем каппу с ретенционными пунктами, для того, чтобы производить лечение одного зуба. Тем самым чувствительность зубов уменьшится.

ICON — первый и единственный в мире инфильтрат (уплотнитель) кариеса. При нанесении специального материала активное вещество проникает глубоко в поры зубной ткани, заполняет их и полностью восстанавливает структуру зуба. Таким образом, развитие кариеса останавливается. Но зубы, пролеченные этим методом, становятся чувствительными. Существует научная необходимость — снять чувствительность зубов у детей. Также имеются аналогичные способы снятия чувствительности зубов у детей, такие как:

1. Аппликационный метод — нанесение на зубы растворов для снятия чувствительности зубов.
2. Реминерализующая терапия — введение в ткани зуба минеральных компонентов для снятия чувствительности.

Недостаток существующих методов — лекарственный препарат растекается по всем зубам и достаточного эффекта не происходит.

Целью нашей работы является создание капп с ретенционными пунктами, которые препятствуют растеканию материала и при этом наш метод направлен на конкретный зуб.

Однако он имеет свой недостаток — снятие слепков у ребенка для изготовления оттиска.

ОБОСНОВАННОСТЬ ВЫБОРА МОНОПУЧКОВОЙ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ В ПЕРИОД ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

Рыхва В.

научный руководитель канд. мед. наук, доцент Е. Г. Михайлова

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н.И.Пирогова», кафедра терапевтической стоматологии
5053200@mail.ru

Актуальность. В настоящее время на детском стоматологическом приеме актуальным является подбор как основных, так и дополнительных средств гигиены, особенно в период прорезывания и минерализации постоянных зубов.

В связи с неудовлетворительной гигиеной полости рта детей дошкольного и школьного возраста, остро возникает проблема развития начальных форм кариеса. Чаще всего эти кариозные поражения образуются в пришеечной области на вестибулярной и оральной поверхностях.

Для устранения проблемы прироста кариеса необходимо учитывать совокупность этиологических факторов, способствующих возникновению кариозного процесса.

Главным направлением в работе врача-стоматолога является повышение уровня гигиены полости рта у детей. Профилактические мероприятия наиболее эффективны у детей в период сменного прикуса.

Цель исследования: доказать эффективность применения монопучковой зубной щетки, как дополнительного средства гигиены в период прорезывания постоянных зубов.

Задачи исследования:

- определить уровень информированности родителей о необходимости использования дополнительных средств гигиены;
- обосновать выбор монопучковой зубной щетки как дополнительного средства гигиены в период прорезывания зубов;
- провести сравнительный анализ очищающей способности монопучковых зубных щеток с различной конфигурации рабочей части.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели, на базе кафедры терапевтической стоматологии РНИМУ Н. И. Пирогова было проведено анкетирование родителей детей, согласившихся принять участие в исследовании. Было обследовано 50 детей в возрасте от 5 до 9 лет.

Слепым методом произведено разделение пациентов на 2 группы:

1. Основная группа, была разделена на 2 подгруппы:

первая включала 20 детей, которые использовали зубную щетку по возрасту и монопучковую зубную щетку фирмы «TePe» с полусферической формой рабочей части в качестве дополнительного средства гигиены.

вторая включала 20 детей, которые использовали зубную щетку по возрасту и монопучковую зубную щетку фирмы «TePe» с конической формой рабочей части в качестве дополнительного средства гигиены.

2. Группа сравнения (контрольная) — включала 10 детей, которые использовали зубную щетку по возрасту, но не использовали монопучковую зубную щетку в качестве дополнительного средства гигиены.

Для каждого ребенка был проведен расчет индекса КПУ, определение уровня гигиены полости рта детей проводили, используя индекс гигиены Грина—Вермиллиона. После контролируемой чистки зубов и обучения гигиене полости рта была проведена оценка уровня гигиены полости рта детей с помощью индекса эффективности гигиены — РНР. В дальнейшем в основной группе было проведено обучение гигиене полости рта с использованием монопучковых зубных щеток с различной конфигурацией рабочей части. Через месяц был проведен сравнительный анализ уровня гигиены полости рта, а после контролируемой чистки в основной и контрольной группах — оценка эффективности гигиены полости рта — индекс РНР (Podschadley, Haley).

Выводы:

1. При анализе результатов анкетирования родителей было выявлено, что только 16 % используют дополнительные средства гигиены полости рта регулярно, а 38 % — совсем не используют при ежедневной гигиене полости рта. Также в результате анкетирования было установлено, что только 12 % родителей имеют четкое представление о сроках и порядке прорезывания постоянных зубов. В связи с этим необходима мотивация родителей к улучшению стоматологического здоровья детей. А также следует повышать уровень знаний родителей и детей о качественной индивидуальной гигиене полости рта.
2. Монопучковая зубная щетка в качестве дополнительного средства гигиены полости рта в период сменного прикуса наиболее эффективна в связи с улучшенными манипуляционными свойствами по сравнению с обычной зубной щеткой, особенно для постоянных зубов, находящихся в стадии прорезывания. Это подтверждается изменением индекса эффективности гигиены полости рта (РНР) в среднем от $1,87 \pm 0,02$ до $1,53 \pm 0,01$ в контрольной группе и от $1,85 \pm 0,03$ до $0,92 \pm 0,02$ — в основной группе, а также повышением уровня гигиены полости рта по индексу Грин—Вермиллиона в среднем в контрольной группе от $4,81 \pm 0,03$ до $2,80 \pm 0,01$ и в основной группе — от $4,83 \pm 0,01$ до $1,46 \pm 0,02$.

3. Проведенный сравнительный анализ очищающей способности монопучковых зубных щеток фирмы «TePe» с различной конфигурацией рабочей части доказывает эффективность применения монопучковой зубной щетки с полусферической формой рабочей части (средние значения индекса РНР изменились от $1,88 \pm 0,02$ до $0,67 \pm 0,03$) по сравнению с монопучковой зубной щеткой с конической конфигурацией рабочей части (средние значения индекса РНР изменились от $1,82 \pm 0,04$ до $1,16 \pm 0,01$).

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА НЕИНВАЗИВНЫХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОГО НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Полякова Т.Н.

научный руководитель канд. мед. наук, доцент Е.Г. Михайлова

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н.И. Пирогова», кафедра терапевтической стоматологии
ptn203@gmail.com.

Актуальность. Причинами прироста кариозных поражений среди детского населения являются увеличение количества высокоуглеводистой, рафинированной пищи в рационе, низкая информированность родителей о необходимости профилактики кариеса и ее методах, стоматophobia. Последнее, как правило, является ключевым в патогенезе развития множественного кариеса и его осложнений. В связи с этим метод лечения должен быть максимально эффективным и в то же время социально-ориентированным в группе детей дошкольного возраста.

Цель исследования: доказать эффективность применения комплекса неинвазивных и малоинвазивных технологий при лечении начального кариеса у детей дошкольного возраста.

Задачи исследования:

1. Доказать эффективность применения реминерализующего геля Tooth Mousse на стоматологическом приеме и в домашних усло-

виях в сочетании с монопучковой щеткой при лечении кариеса в стадии пятна.

2. Обосновать выбор ART-метода (Atraumatic Restorative Treatment) при лечении поверхностного кариеса у детей дошкольного возраста.
3. Сравнить эффективность применения метода серебрения молочных зубов и реминерализующей терапии с помощью геля Tooth Mousse при множественном кариесе в стадии пятна у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. С целью изучения эффективности комплекса неинвазивных и малоинвазивных методов лечения начального кариеса у детей дошкольного возраста, на базе кафедры терапевтической стоматологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова были обследованы 40 детей в возрасте от 2 до 5 лет, с предварительным получением добровольного информированного согласия их законных представителей.

Все пациенты были разделены на 2 группы на основании проводимых лечебных мероприятий:

- 1-я группа состояла из 20 детей, начальный кариес которых лечили с использованием реминерализующего геля Tooth Mousse в стоматологическом кабинете, а также в качестве домашней терапии совместно с монопучковой щеткой;
- 2-я группа состояла из 20 детей, лечение поверхностного кариеса которых проводилось с помощью ART-метода, с последующим пломбированием полостей стеклоиономерным цементом Ketac Molar Easymix. Кроме того, им было рекомендовано использование реминерализующего геля Tooth Mousse в домашних условиях в качестве профилактического средства.

Всем детям обеих групп на первичном стоматологическом приеме проводился осмотр, подсчет индекса КПУ, исходного уровня гигиены полости рта по Кузьминой (в возрасте 2–3 года) и по Федорову—Володкиной (в возрасте 4–5 лет), обучение индивидуальной гигиене полости рта, а также окрашивание зубов с кариесом в стадии пятна метиленовым синим для оценки исходного уровня проницаемости эмали. Фиксация первоначального визуального стоматологического статуса проводилась с помощью интраоральной и экстраоральной камер.

После проведения лечебно-профилактических мероприятий детям проводилось определение уровня гигиены полости рта, окрашивание

зубов метиленовым синим для оценки полученного уровня проницаемости эмали, динамическое рентгенологическое наблюдение.

Выводы:

1. Обоснованность выбора неинвазивных и малоинвазивных методик лечения начальных форм кариеса у детей дошкольного возраста диктуется их эмоциональной неустойчивостью в стрессовых и новых для них ситуациях, стоматофобией.
2. При лечении кариеса в стадии пятна с использованием реминерализующего геля Tooth Mousse на стоматологическом приеме и в домашних условиях, в сочетании с монопучковой щеткой (с предварительным обучением гигиене полости рта) была зафиксирована регрессия очагов деминерализации эмали при визуальном осмотре, уменьшение проницаемости эмали при окрашивании зубов метиленовым синим, повышения уровня гигиены по индексу Кузьминой в среднем от $0,36 \pm 0,02$ до $0,17 \pm 0,01$, по Федорову—Володкиной от $2,06 \pm 0,01$ до $1,5 \pm 0,02$.
3. Применение ART-метода при лечении поверхностного кариеса у детей дошкольного возраста является обоснованным вследствие его малоинвазивности, что имеет большое значение на детском стоматологическом приеме, а также его высокой эффективности при соблюдении всех условий проведения, что отражается в отсутствии вторичного кариеса в анамнезе.
4. Метод серебрения уступает по эффективности реминерализующей терапии с помощью геля Tooth Mousse и ART-методу при лечении начальных форм кариеса у детей дошкольного возраста, о чем свидетельствуют наличие осложнений в виде вторичного кариеса и снижение эстетики улыбки, влияющей на уровень социальной адаптации ребенка в детском коллективе.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТРЕВОЖНОСТИ

Юдин А. В.

руководитель канд. мед. наук, доцент Н. Е. Митин

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
tosha-judin@rambler.ru

Введение. Несмотря на достижения современной стоматологии, большинство пациентов продолжают испытывать страх перед стоматологическим приемом. Как следствие, наличие тревожного состояния приводит к несвоевременной санации полости рта, появлению осложненных форм заболеваний, социальным затруднения у пациентов, резкому снижению качества жизни.

Цель исследования. Оценка, изучение, снижение тревожного состояния перед стоматологическим приемом.

Материалы и методы. В целях изучения и предотвращения тревожности перед стоматологическим приемом на кафедре ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ им. акад. Павлова на основе анкеты оценки тревожности перед стоматологическим приемом (автор Н. В. Зверева, дополнена Л. А. Власовой, Н. Е. Митиным) была создана программа для ЭВМ (свидетельство № 2016613608). Программа представляет собой тест-опросник, позволяющий определить в каком состоянии тревожности находится пациент в данный момент. Тестирование проводилось у 30 человек до начала лечения и на конечном этапе протезирования.

Результаты и их обсуждение. Данное исследование позволило найти индивидуальный подход к пациенту, снизить психологический дискомфорт, повысить качество лечения. Было выявлено, что до лечения 18 % имеют низкий порог тревожности, 48 % нормальный уровень тревожности, 24 % повышенный уровень тревожности, 10 % высокий уровень тревожности. После проведенного ортопедического лечения 28 % низкий порог тревожности, 68 % нормальный уровень тревожности, 4 % повышенный уровень тревожности, 0 % высокий уровень тревожности.

Заключение. При планировании характера и методов лечения стоматологического больного необходимо учитывать его психоэмоциональное напряжение. Рекомендуется проводить экспресс-диагностики эмоционального состояния пациента перед стоматологическим приемом с целью повышения комфорта и качества лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА И ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА

Кардашенко Я. Р., Шиянова А. Д.

научный руководитель канд. мед. наук, доцент А. А. Васянина

ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет имени акад. И. П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра профилактической стоматологии

Введение. Сохранение и укрепление здоровья студенческой молодежи имеет большое социально-медицинское и общественное значение. Студенты представляют собой особую социальную группу, характеризующуюся специфическими условиями жизни, повышенным нервно-психическим напряжением.

Цель. Проанализировать уровень знаний студентов лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов ПСПБГМУ им. акад. И. П. Павлова по вопросам профилактики кариеса и гигиене полости рта.

Материалы и методы. Нами было проведено анкетирование 240 студентов стоматологического, лечебного и педиатрического факультетов. В анкету входило 24 вопроса по профилактической стоматологии.

Результаты. Результаты анкетирования показали более высокий уровень знаний по вопросам профилактической стоматологии у студентов стоматологического факультета. Студенты лечебного и педиатрического факультетов недостаточно информированы по вопросам профилактики кариеса.

Выводы. Для лучшего усвоения знаний по профилактике основных стоматологических заболеваний необходимо подавать информа-

цию в соответствии с психологическими особенностями современных студентов, которые легко ориентируются в мировых информационных ресурсах и быстро находят нужную информацию; включать в обучение профилактической стоматологии студентов лечебного, педиатрического и других факультетов нашего университета.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АНКЕТИРОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗНАНИЙ О ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Фаткина Ю.В.

научный руководитель канд. мед. наук, доцент А.А.Вясянина

ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра профилактической стоматологии

Введение. Анкетирование это метод получения информации среди людей разных социальных групп, с большой выборкой респондентов и достоверностью результатов, считается вспомогательным методом исследования, он обеспечивает до 80 % собираемой информации.

Цель исследования. Обучение студентов составлению анкет проведению анкетирования. Провести анализ анкетирования студентов стоматологического и лечебного факультетов ПСПГМУ им. акад. И. П. Павлова, пациентов районной поликлинике, пришедших на прием к врачу ортопеду и пациентов стоматологической клиники.

Материалы и методы. Нами была разработана анкета из 20 вопросов по профилактике кариеса и гигиене полости рта и проведено анкетирование 120 человек.

Результаты. Результаты анкетирования показали, что пациенты клиник не знают о необходимости назначения препаратов фтора и кальция для профилактики кариеса. Около 76 % пациентов хотели бы, чтобы подбором средств гигиены полости рта и рекомендациям по их применению занимался их лечащий врач.

Выводы. Подбор средств гигиены и профилактики кариеса зависит от возраста пациентов, их материального благополучия, воспитания и образования. Влиять на выбор средств гигиены рта может

только профессионально обученный и мотивированный врач стоматолог. Врач, для которого гигиена полости рта является неотъемлемой составляющей стоматологического приема наряду с лечением кариеса и его осложнений.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ДЕНТИНА

Скичко Н. С., Пангратян А. А.

руководители: д-р мед. наук, профессор С. Н. Разумова, А. Д. Фомина

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,
кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
fisna@yandex.ru

Цель: оценка распространенности и этнологических факторов гиперчувствительности дентина, а также эффективности лечения современными профессиональными средствами.

Материалы и методы. В исследование было вовлечено 376 человек. Каждому была предоставлена анкета для оценки наличия гиперчувствительности и степени ее выраженности. В результате было выбрано 74 пациента (средний возраст — 37 лет) с умеренным и высоким уровнем гиперчувствительности дентина, которые подходили под критерии включения. Все обследуемые прошли клинический осмотр. Было проведено рандомизированное распределение на 3 группы: А, В и С. В каждой группе было проведено однократное нанесение действующего агента на зубы 1.3 и 2.3. Группа А — использован препарат, содержащий 8,0 % аргинина и 1450 ppm фторида, карбонат кальция; группа В — отрицательный контроль — была использована профилактическая полирующая зубная паста; группа С — адгезивная система для лечения гиперчувствительности дентина. Реакция на воздействие холодного воздуха определялась в соответствии с индексом Шиффа; тактильная чувствительность — методом зондирования. Данные показатели определяли до начала исследования, сразу после нанесения действующего агента, а также спустя 2 и 4 недели после процедуры.

Результаты. Гиперестезия дентина была выявлена у 40 % обследованных — с небольшим преобладанием у женщин (41 %), в отличие от мужчин (38 %). Гиперчувствительность чаще всего поражает людей социально активного возраста: распространенность в возрастных группах 25–35 лет (48 %) и 35–45 лет (46 %) самая высокая. Большинство пациентов сообщили о повышении чувствительности к холодному воздуху (78 %) и кислому (81 %). В 75 % случаев гиперчувствительность появилась без какой-либо причины, в 6 % — после лечения зубов и в 8 % после ортодонтического лечения. Такой этиологический фактор, как привычки в питании, играет важную роль: 69 % участников признают регулярное употребление сладких газированных напитков, 47 % — кислых фруктов. Однако лишь 17 % людей знают, что не следует проводить чистку зубов сразу после потребления этих продуктов. Кроме того, 45 % людей совершают неправильные движения во время чистки зубов — горизонтальные, 52 % не обращают внимания на жесткость выбираемой зубной щетки.

Экспериментальная часть показала, что группа А оказалась наиболее успешной — снижение гиперчувствительности сразу после проведения процедуры оценивалось от 92 до 16 % и 84 до 20 % для холодного воздуха и тактильной гиперчувствительности соответственно. Другие группы показали результаты хуже: в группе В не было выявлено никаких изменений ни по одному из показателей, а в группе С наблюдалось снижение гиперчувствительности от 84 до 52 % и от 80 до 68 % для холодного воздуха и тактильной гиперчувствительности соответственно.

Спустя 2 и 4 недели результаты для группы А были положительно стабильны, для группы С — значительно снизились.

Выводы. Гиперчувствительность дентина остается актуальной и распространенной проблемой. Можно отметить низкий уровень информированности пациентов о возможностях лечения и профилактики. В результате проведенного эксперимента было выявлено, что лечение гиперчувствительности с использованием профессиональной пасты с аргинином является наиболее эффективным способом в долгосрочной перспективе в случае однократного нанесения.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ О СОСТАВЕ И СВОЙСТВАХ ЗУБНЫХ ПАСТ

Реброва А.М., Смирнова А.А., Николаева М.О.

Руководители: д-р мед. наук, профессор Н.А. Соколович, С.В. Свердлова

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
кафедра стоматологии
annarebrova2@gmail.com

Каждый раз при необходимости подбора зубной пасты для пациента перед врачом-стоматологом стоит важная задача, учитывая состояние органов полости рта и организма пациента в целом, его возраст, пол, социальный статус, помочь пациенту из широчайшего многообразия, представленного на современном рынке, выбрать ту зубную пасту, которая бы оказывала наибольшее оздоравливающее и профилактическое воздействие. Для этого нужно знать, какие компоненты входят в состав зубной пасты, какой из них является основным, т.е. действующим компонентом, на что конкретно оказывает влияние действующий компонент: изменяет ли микробиоту ротовой полости, pH слюны, проницаемость эмали и т.п., если сравнивать эти показатели до чистки зубов и после. Кроме того, важно знать, какие компоненты, кроме, действующего, входят в состав зубной пасты и учитывать их влияние на здоровье органов полости рта и организма пациента в целом. Важно понимать, что зубная паста может быть не только средством гигиены, но и оказывать лечебный эффект, поэтому подбор ее для каждого пациента должен быть индивидуальным.

Цель работы: выявить информированность студентов стоматологических факультетов различных вузов Санкт-Петербурга о составе и свойствах зубных паст.

Материалы и методы. С помощью разработанной нами анкеты, посредством интернет-опроса было опрошено 100 студентов 1–5 курсов стоматологических факультетов медицинских вузов Санкт-Петербурга: СПбГУ, ПСПбГМУ им. академика И. П. Павлова, СЗГМУ им. И. И. Мечникова, СПбГПМУ.

Анкета включала в себя 12 вопросов, касающихся использования средств индивидуальной гигиены в повседневной жизни, знаний о компонентах и свойствах зубных паст и действии, которые они ока-

зывают на состояние микробиоты ротовой полости и показатель pH ротовой жидкости.

Результаты:

1. Только 38 % опрошенных студентов знают, из каких компонентов состоят зубные пасты и могут их перечислить. Из них: 1 курс — 10 %, 2 курс — 48 %, 3 курс — 41 %.
2. Только 37 % опрошенных знают, для чего необходим каждый из компонентов, входящих в состав зубных паст.
3. Были получены данные о том, как, по мнению студентов, изменяется количественный состав микробиоты полости рта сразу после чистки: 5 % опрошенных считают, что он никак не изменяется, 71 % — что уменьшается, но микроорганизмы по-прежнему высеваются, 3 % — что микроорганизмы после чистки не высеиваются, 12 % считают, что это зависит от места забора биоматериала, 20 % — от состава зубной пасты.
4. 34 % полагают, что значения pH после чистки зубов зависит от состава зубной пасты. 46 % студентов считают, что после чистки зубов пастой pH ротовой жидкости изменяется в щелочную сторону, 6 % — в кислую.
5. Составлен рейтинг наиболее популярных зубных паст для ежедневного использования у студентов-стоматологов: 1 место — зубные пасты компании «Splat», 2 место — R. O. C. S., 3 место — Colgate.
6. Большая часть опрошенных на вопрос о том, какую гигиеническую пасту они бы посоветовали пациенту для ежедневного использования, рекомендовали ту пасту, которой пользуются сами.

Выводы:

1. Была выявлена низкая осведомленность студентов-стоматологов в вопросе состава и свойств зубных паст.
2. Необходимо создавать наглядные учебные материалы для студентов и практических врачей, которые отражали бы существующее многообразие зубных паст и содержали бы информацию об их составе и свойствах.

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ МИКРОБИОТЫ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Сарилова Е. В.

*научные руководители: канд. биол. наук И. В. Королева,
канд. мед. наук Е. С. Михайлова*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный университет»,
кафедра фундаментальных проблем медицины и медицинских технологий,
кафедра терапевтической стоматологии
katulya94@mail.ru

Изучение микробиологических аспектов этиологии и патогенеза болезней пародонта является актуальной проблемой стоматологии. Большое значение имеет идентификация микроорганизмов и их количественный критерий.

В настоящий момент одним из методов воздействия на микробный фактор является профессиональная гигиена полости рта (ПППР).

Цель исследования: оценка влияния профессиональной гигиены полости рта на качественный и количественный состав микробиоты пародонтальных карманов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Задачи исследования:

1. Изучить количественный и качественный состав микробиоты пародонтальных карманов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.
2. Изучить влияние профессиональной гигиены полости рта на количественный и качественный состав микробиоты пародонтальных карманов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.
3. Провести сравнительный анализ эффективности современных методов для снятия зубных отложений: механического (ручной), ультразвукового, комбинированного (ультразвуковой аппарат + воздушно-абразивная система Air Flow).

Материалы и методы исследования. Обследованы 18 пациентов (7 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 42 до 60 лет (средний возраст составил 51 год) с хроническим генерализованным пародонтитом

(ХГП) средней степени тяжести без тяжелой сопутствующей патологии. 1-ю группу составили 7 пациентов, у которых ПГПР осуществлена с помощью ультразвукового метода. У 6 пациентов 2-й группы ПГПР проведена комбинированным способом (ультразвуковой аппарат + воздушно-абразивная система Air Flow). У 5 пациентов 3-й группы использовали только ручные инструменты для проведения ПГПР.

Всем пациентам проведено обследование, предусматривающее оценку стоматологического статуса, с занесением данных в карту обследования стоматологического пациента. Определяли стоматологические показатели: упрощенный индекс гигиены полости рта; индекс эффективности гигиены полости рта РНР; индекс гигиены Силнес—Лоу; папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА); индекс нуждаемости в пародонтологическом лечении SPITN.

Микробиологическое исследование содержимого пародонтальных карманов выполнено до ПГПР и через неделю после проведения ПГПР. Для определения качественного состава микробиоты использовался метод масс-спектрометрии. Количественный состав определялся путем подсчета колониеобразующих единиц (КОЕ).

Результаты. В ходе исследования получены следующие результаты: до проведения ПГПР в 3-х группах все пациенты (100 %) предъявляли жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, а также на отек и воспаление десен. После проведения ПГПР в 1-й и 2-й группах данные симптомы полностью исчезли, в 3-й группе сохранились в 20 % случаев.

При определении индексной оценки до проведения ПГПР во всех 3-х группах была установлена неудовлетворительная гигиена полости рта. После проведения ПГПР индексы гигиены снизились, улучшилось состояние тканей пародонта.

Анализ полученных данных по количественному составу микробиоты пародонтальных карманов у пациентов с ХГП средней степени тяжести показал, что после проведения ПГПР количество факультативных анаэробов снизилось: при ультразвуковой обработке уменьшение количества КОЕ в 10 раз с 10^5 – 10^6 до 10^4 наблюдалось в 4 случаях из 7 (57 %), при комбинированной (ультразвуковой аппарат + воздушно-абразивная система Air Flow) в 5 из 6 (83 %), при ручном методе в 3 из 5 (60 %).

С помощью масс-спектрометрии нами было идентифицировано 19 видов микроорганизмов. Преимущественно выделялся род *Streptococcus*. В 1-й группе в 29 % случаев вид микроорганизмов не из-

менялся после проведения ПГПР, во 2-й группе — в 50 %, в 3-й группе вид менялся всегда.

Выводы:

1. Изучение состава микробиоты пародонтальных карманов у пациентов с ХГП средней степени тяжести выявило преобладание таких факультативных анаэробов, как род *Streptococcus* (83 %) и *Neisseria* (14 %), в концентрации 10^4 – 10^6 КОЕ/мл.
2. Проведение ПГПР в 67 % случаев приводило к десятикратному снижению количества факультативных анаэробов с 10^5 – 10^6 до 10^4 КОЕ/мл. У 94 % пациентов эта процедура приводила к изменению вида микроорганизмов, принадлежащих к одному роду. Полученные результаты демонстрируют, что при лечении ХГП средней степени тяжести помимо проведения ПГПР требуется антибактериальная терапия, хирургическое лечение тканей пародонта.
3. При сравнении различных способов удаления зубных отложений наиболее эффективным оказался комбинированный способ (ультразвуковой аппарат + воздушно-абразивная система Air Flow), приводя в 83 % случаев к десятикратному снижению микроорганизмов. При использовании ручных инструментов и при ультразвуковой обработке подобное снижение микроорганизмов регистрировали в 60 % и 57 % случаях, соответственно.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Мейстер А.В.

руководитель канд. мед. наук Е. С. Михайлова

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный университет»,
кафедра фундаментальных проблем медицины и медицинских технологий,
кафедра терапевтической стоматологии
alenameyster@yahoo.com

Актуальность. Рецессия десны является распространенной патологией тканей пародонта. Во многих клинических исследованиях доля

рецессии десны в структуре заболеваний пародонта составляет от 10 % до 99,3 %. Выявление врачом-стоматологом факторов риска возникновения рецессии десны необходимо для выбора тактики лечения пациентов разных возрастных групп. Раннее устранение факторов риска возникновения рецессии десны закономерно ведет к улучшению стоматологического здоровья пациента.

Целью данного исследования является анализ факторов риска, влияющих на возникновение рецессии десны у пациентов разных возрастных групп.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование 64 пациентов с рецессией десны в возрасте от 18 до 75 лет, которые были распределены на 5 возрастных групп: первая группа от 18 до 28 лет ($n = 18$), вторая — от 29 до 39 лет ($n = 10$), третья — от 40 до 50 лет ($n = 10$), четвертая — от 51 до 61 ($n = 14$), пятая — старше 62 лет ($n = 12$).

В ходе исследования было проведено клиническое обследование пациентов, включающее сбор анамнеза, внешний осмотр и осмотр полости рта (определяли интенсивность кариеса постоянных зубов с помощью индекса КПУ, уровень гигиены полости рта, состояние тканей пародонта), рентгенологическое исследование. В каждой возрастной группе была изучена распространенность рецессии десны с помощью индексов рецессии десны Stahl, Morris (1995) и индекса рецессии десны Леус, Казеко (1993). Во всех возрастных группах индексная оценка рецессии десны сопоставлялась со следующими индексами: индекс гигиены Силнес-Лоу (1964), упрощенный индекс гигиены полости рта (ОНИ-S, 1964), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА, 1960), индекс кровоточивости при зондировании (ВОР, 1975), индекс кровоточивости при зондировании (Ainamo, Bay, 1975), индекс нуждаемости в пародонтологическом лечении (СРITN, 1978), коммунальный индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта.

Результаты. У 77,8 % обследованных пациентов первой возрастной группы отмечалась локализованная рецессия десны, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями альвеолярного отростка и мукогингивальными аномалиями (тонкий биотип десны — 77,8 %, мелкое преддверие полости рта — 44 %, высокое прикрепление уздечки нижней губы — 72,2 %). В 78 % случаев выявлена рецессия десны легкой степени тяжести (1-й класс по классификации P.D.Miller). У 22,2 % обследованных обнаружена генерализованная рецессия десны (2-й класс по классификации P.D.Miller), связанная с патологией

прикуса (скупенность зубов — 27,8 %, дистальный прикус — 11,1 %, глубокий прикус — 5,6 %), плохой гигиеной полости рта — 44,4 % ($\text{OHI-S} \geq 2,6$), ортодонтическим лечением — 16,7 %, наследственностью — 22,2 %.

В ходе обследования пациентов второй группы была выявлена тенденция к генерализации процесса. Локализованная рецессия отмечена у 50 % (1-й класс классификации по P. D. Miller) обследованных, причинами возникновения которой стали хроническая травма десны нависающими краями пломб и коронок, сопровождаемая ретенцией пищи между зубами, супраконтракты или тремы. У 50 % обследованных второй возрастной группы рецессия носила генерализованный характер (2-й и 3-й классы по классификации P. D. Miller) и была обусловлена патологией прикуса (глубокий прикус — 40 %, скупенность зубов — 10 %), анатомо-физиологическими особенностями альвеолярного отростка, либо являлась симптомом хронического воспалительного заболевания пародонта легкой (37,5 % случаев) или средней степени тяжести (16 % случаев). Среди причин возникновения рецессии десны пациенты также указывали на наследственный фактор.

В третьей возрастной группе отмечено преобладание генерализованной формы рецессии десны средней (40 % случаев) и тяжелой (50 % случаев) степеней тяжести по Stahl, Morris и 4 класса по классификации P. D. Miller (100 %). В данной возрастной группе среди факторов риска преобладают микробный фактор ($\text{OHI-S} \geq 2,6$ у 50 % обследуемых), хроническая травма зубной щеткой (горизонтальные движения зубной щеткой — 70 %) и нависающими краями пломб и коронок. У 71,4 % пациентов выявлено сопутствующее заболевание пародонта — хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, у 14,8 % — хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.

В четвертой и пятой возрастных группах в 92,3 % случаев отмечена генерализованная рецессия десны тяжелой степени, в 7,7 % случаев — средней степени тяжести соответственно 3 и 4 класса по классификации P. D. Miller. К факторам риска возникновения рецессии десны в четвертой и пятой возрастных групп можно отнести микробный фактор ($\text{OHI-S} \geq 2,6$ у 80 % обследованных), нерациональное протезирование (наличие балансирующих ортопедических конструкций), отсутствие большого количества зубов и, соответственно, зубов, не имеющих контактов с антагонистами, что определяет наличие функциональной перегрузки тканей пародонта. У 76,9 % обследованных вы-

явлен хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени, при этом индекс CPITN составляет 3 балла — у 39 %, 4 балла — у 47 % обследованных. Отмечена высокая частота встречаемости патологии прикуса (дистальный прикус — 11,5 %, глубокий травмирующий — 15,58 %, скученность зубов — 19,2 %), тонкого биотипа десны — 46,1 %, мукогингивальных аномалий (мелкого преддверия полости рта — 45 %, требующих коррекции тяжелой слизистой оболочки рта — 47 %).

Выводы:

1. Индексная оценка рецессии десны, как и генерализация процесса достоверно увеличиваются с возрастом пациентов. Для возникновения и развития рецессии десны, как правило, необходим комплекс факторов риска: преобладающими факторами риска возникновения рецессии десны у пациентов 18–28 лет (первой возрастной группы) являются мукогингивальные аномалии, анатомо-физиологические особенности альвеолярного отростка, ортодонтическое лечение; для пациентов 29–39 лет (второй возрастной группы) факторами риска возникновения рецессии десны являются хроническая травма десны, обусловленная нависающими краями пломб и коронок, наличие супраконтактов и патология прикуса; в третьей возрастной группе пациентов 40–50 лет факторами риска возникновения рецессии десны являются микробный фактор и сопутствующие заболевания пародонта воспалительной природы; в четвертой (пациенты 51–61 лет) и пятой (пациенты старше 62 лет) группах наиболее высокую частоту встречаемости имеют воспалительные заболевания пародонта тяжелой степени и функциональная перегрузка пародонта различного генеза.
2. Устранение факторов риска, обучение рациональной гигиене полости рта и профессиональная гигиена являются основными профилактическими мероприятиями при диагнозе рецессия десны.
3. Учет конституциональных особенностей тканей пародонта и факторов возникновения рецессии десны и своевременное устранение этих факторов, позволит уменьшить риск возникновения рецессии.

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСНОВНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Руда О.Р.

*руководители: д-р мед. наук, профессор С.Н.Разумова,
А.Д.Фомина*

ФГАОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»,
кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
kavuchka@yandex.ru

Один из ключевых моментов гигиены — чистка полости рта. Знание различных видов средств гигиены полости рта играет важную роль в профилактике стоматологических заболеваний. Также не стоит забывать о том, что правильный выбор средств гигиены полости рта обеспечивает стабильный стоматологический статус.

Цель: анализ данных, полученных в ходе проведённого статистического исследования выбора различных видов зубных паст и дополнительных средств гигиены полости рта.

Актуальность. Самый распространённый способ поддержки гигиены полости рта — самостоятельная чистка при помощи зубной щётки и пасты. Воздействие на эмаль зуба и ткани пародонта с целью снижения стоматологической заболеваемости — главная цель зубной пасты.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе стоматологического отделения ДЦГБ. В анкетировании приняли участие 60 пациентов различного возраста. Анкеты, содержали вопросы с вариантами ответа о длительности чистки зубов, виде зубной пасты, торговой марки производителя, использовании дополнительных средств гигиены.

Результаты. Анкеты были разделены на группы в соответствии с возрастом исследуемых. I группа — 20–39 лет (молодого возраста), II группа — 40–59 лет (среднего возраста), III группа — 60 лет и старше (старшего возраста). По итогам проведённого исследования выявлено:

1. Не чистят зубы 4 (6,7 %) пациента. Среднее время чистки зубов составляет три минуты во всех трех возрастных группах (50 % в группах II и III). В группе обследуемых молодого возраста это составляет 61 % опрошенных (больше половины), в отличие от двух остальных групп.

2. Пациенты молодого возраста в большей степени предпочитают отбеливающую зубную пасту (56 %). Это говорит о том, что молодых людей больше беспокоит именно эстетика улыбки. В то время как пациенты среднего возраста чаще используют зубную пасту с растительными и лекарственными препаратами (50 %), а также фторсодержащую (50 %). Это связано с тем, что в ходе возрастных изменений кариесрезистентность эмали уменьшается, а также повышается риск развития заболеваний пародонта.
3. Самая популярная зубная паста торговой марки среди обследуемых молодого (44,5 %) и среднего (42 %) возраста — «Colgate» Среди обследуемых старшего возраста (33 %) — «Новый жемчуг».
4. Благодаря доступной цене и простоте в использовании наиболее популярные дополнительные средства гигиены по результатам опроса — среди обследуемых молодого и среднего возраста — ополаскиватель (I — 56 %, II — 61,5 %), среди обследуемых старшего возраста- зубочистка (50 %).

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБИОТЫ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ, СОСТОЯНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И ВЫЯВЛЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА РНР У ЛЮДЕЙ С ТИРОИДИТОМ ХАСИМОТО

Козырев М.А., Бычкова Е.В.

*руководители: д-р мед. наук Н.А. Соколович, доцент Ю.И. Строев, доцент
Л.П. Чурилов, канд. биол. наук, доцент И.В. Королева*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
факультет стоматологии и медицинских технологий

Частота эндокринных заболеваний на медицинских осмотрах в Российской Федерации крайне высокая — 6640,6 на 100 тысяч населения. Одно из наиболее часто встречающихся — аутоиммунный тиреоидит. Так же, аутоиммунному тиреоидиту нередко сопутствуют гиперкортицизм и гиперпролактинемия. Выявление изменений микробиоты тканей пародонта, состояния твердых тканей зубов у таких

больных — важный шаг к пониманию объема и качества мероприятий, направленных на профилактику и лечение заболеваний, развившихся на фоне эндокринной патологии.

Цель исследования: изучение микробиоты тканей пародонта, состояния твердых тканей зубов у людей с аутоиммунным тиреоидитом.

Задачи:

1. Выявление пациентов, страдающих аутоиммунным тиреоидитом в разных возрастных группах, имеющих изменения микробиоты пародонта и определение частоты встречаемости пародонтопатогенов, характерных для агрессивной (быстро прогрессирующей) формы течения пародонтита в разных возрастных группах.
2. Сравнение интенсивности кариозного процесса у пациентов в разных возрастных группах.
3. Определение гигиенического индекса РНР и выявление частоты встречаемости микробной обсемененности пародонтальных карманов и интенсивности кариозного процесса у пациентов, получающих гормонозаместительную терапию (гормон — тироксин).

Материалы и методы: было обследовано 36 человек; 30 — основная группа (пациенты, объединенные диагнозом — аутоиммунный тиреоидит, иногда, с сопутствующими эндокринными патологиями), 6 — контрольная группа (молодые люди от 25 до 44 лет без признаков эндокринной патологии). У обследуемых проводился осмотр зубного ряда, брался мазок из пародонтального кармана, выявлялся гигиенический индекс РНР. Мазки отправлялись на ПЦР исследование (исследование на 4 пародонтопатогена: *T. denticola*; *T. forsythia*; *P. gingivalis*; *P. intermedia*). На основании полученных данных был проведен статистический анализ.

Результаты:

- 1) в возрастной группе людей от 17 до 25 лет изменения встречаются в 25 % случаев; в возрастной группе от 25 до 44 лет встречаемость достигла 52,94 %; в возрастной группе от 44 до 60 лет — 57,14 %, в контрольной группе — в 0 % случаев;
- 2) в возрастной группе от 17 до 25 лет пародонтопатогены, характерные для агрессивной (быстро прогрессирующей) формы течения пародонтита, встретились в 0 % случаев; в возрастной

группе от 25 до 44 лет встречаемость достигла 35,29%; в возрастной группе от 44 до 60 лет — 42,85 %, в контрольной группе — в 0% случаев;

- 3) в возрастной группе людей от 17 до 25 лет интенсивность кариозного процесса была представлена от низкой до высокой; в возрастной группе от 25 до 44 лет интенсивность так же была представлена от низкой до высокой; в возрастной группе от 44 до 60 лет — интенсивность была представлена от средней до крайне высокой; лица из контрольной группы показали интенсивность кариозного поражения зубов от низкого до высокого;
- 4) результатов, говорящих о снижении встречаемости пародонтопатогенов или снижении интенсивности кариозного процесса, у пациентов, получающих заместительную терапию (L-тироксин), обнаружено не было;
- 5) пациенты как основной, так и контрольной групп, показали различные уровни гигиенического индекса РНР от отличного до неудовлетворительного.

Выводы:

1. Можно утверждать, что пародонтит является сопутствующим аутоиммунному тиреоидиту заболеванием, так как он встречался более, чем у 50 % испытуемых.
2. Количество людей, с микробной обсемененностью пародонтальных карманов, возрастает в каждой последующей возрастной группе у людей с аутоиммунным тиреоидитом, в том числе, возрастает частота встречаемости микроорганизмов, характерных для агрессивной (быстропрогрессирующей) формы пародонтита.
3. Связь между интенсивностью кариозного процесса и аутоиммунным тиреоидитом (и сопутствующими эндокринными патологиями, если такие присутствовали) не была установлена, но интенсивность кариозного процесса напрямую коррелировала с уровнем гигиенического индекса РНР.

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ



**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА КОНФЕРЕНЦИИ:

Щербук Юрий Александрович — декан факультета стоматологии и медицинских технологий СПбГУ, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, Лауреат премии правительства РФ в области науки и техники;

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА КОНФЕРЕНЦИИ:

Соколович Наталия Александровна — заведующий кафедрой стоматологии СПбГУ, доктор медицинских наук; профессор кафедры стоматологии СПбГУ

ЧЛЕНЫ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА КОНФЕРЕНЦИИ:

Лаврикова Марина Юрьевна — проректор по учебно-методической работе СПбГУ, кандидат юридических наук, доцент;

Аплонов Сергей Витальевич — проректор научной работе СПбГУ, доктор геолого-минералогических наук, профессор;

Улитовский Сергей Борисович — профессор кафедры терапевтической стоматологии СПбГУ, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, Заслуженный стоматолог СтАР, председатель секции «Коммунальной стоматологии и профессиональной гигиены» СтАР, президент Ассоциации гигиенистов стоматологических СПб и ЛО;

Ермолаева Людмила Александровна — заведующий кафедрой терапевтической стоматологии СПбГУ, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапевтической стоматологии СПбГУ, Заслуженный врач РФ, Главный внештатный специалист стоматолог Минздрава РФ по СЗФО;

Голинский Юрий Георгиевич — заведующий кафедрой ортопедической стоматологии СПбГУ, кандидат медицинских наук, доцент;

Мадай Дмитрий Юрьевич — заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии СПбГУ, доктор медицинских наук, профессор;

Свердлова Светлана Васильевна — ассистент, выполняющий лечебную работу, кафедры стоматологии СПбГУ;

Огриня Наталья Александровна — доцент, выполняющий лечебную работу, кафедры ортопедической стоматологии СПбГУ, кандидат медицинских наук;

Михайлова Екатерина Станиславовна — доцент, выполняющий лечебную работу, кафедры терапевтической стоматологии СПбГУ, кандидат медицинских наук;

Королева Ирина Владимировна — доцент кафедры фундаментальных проблем медицины и медицинских технологий, кандидат биологических наук, старший научный сотрудник отдела молекулярной микробиологии ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины» ФАНО России;

Солдатов Иван Константинович — доцент, выполняющий лечебную работу, кафедры стоматологии СПбГУ, кандидат медицинских наук;

Антипова Ольга Борисовна — ассистент, выполняющий лечебную работу, кафедры стоматологии СПбГУ;

Жовтый Сергей Николаевич — ассистент, выполняющий лечебную работу, кафедры стоматологии СПбГУ;

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА КОНФЕРЕНЦИИ:

Свердлова Светлана Васильевна — ассистент кафедры стоматологии СПбГУ;
тел.: +7(921) 967-67-39; e-mail: sv.sverdlova.sv@gmail.com

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Материалы

III Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием
19 мая 2017 г. Санкт-Петербург

Компьютерная верстка *Ю. Ю. Тауриной*

Подписано в печать 12.05.2017. Формат 60×84 ¹/₁₆.
Усл. печ. л. 12,56. Тираж 200 экз. Заказ №

Издательство Санкт-Петербургского университета.
199004, С.-Петербург, В.О., 6-я линия, 11.
Тел. (812)328-96-17; факс (812)328-44-22
E-mail: publishing@spbu.ru
publishing.spbu.ru

Типография Издательства СПбГУ.
199034, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 5.

Книги Издательства СПбГУ можно приобрести
в Доме университетской книги
Менделеевская линия, д. 5
тел.: +7(812) 329 24 71
часы работы 10.00–20.00 пн. — сб.,
а также на сайте publishing.spbu.ru